федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Психиатрия»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.48 «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёт.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

*(Для ФГОС 3+)*

**ПК-5 -** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

**ПК-6 -** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи;

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза по МКБ-10 и назначения лечения.**

**Тема 1** *Классификация психических заболеваний и состояний пограничных психических расстройств.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Современное состояние проблемы и классификация психических расстройств.
2. Синдромы нарушения сознания.
3. Психогенные соматические расстройства.

**Тестовый контроль**

1. Узнавание в естественных узорах, создаваемых облаками, трещинами, сплетениями ветвей фантастических объектов – это:
2. парейдолии
3. истинные галлюцинации
4. ложные галлюцинации
5. иллюзии
6. Восприятие объекта, отсутствующего в реальном пространстве – это:
7. эйдетизм
8. галлюцинации
9. иллюзии
10. парейдолии
11. Ошибочные восприятия реальных вещей или явлений – это:
12. агнозии
13. галлюцинации
14. иллюзии
15. парейдолии
16. Ощущение нереальности окружающей действительности – это:
17. иллюзии
18. псевдогаллюцинации
19. эйдетизм
20. дереализация
21. Расстройство самовосприятия при котором собственные мысли, эмоции и действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими – это:
22. деперсонализация
23. абулия
24. апатия
25. эйдетизм
26. При апатии можно констатировать:
27. пониженное настроение
28. отсутствие эмоциональных реакций
29. раздражительность
30. нарушение сна
31. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:
32. прекращение общение вследствие исчезновения откликаемости
33. полную безучастность и бездеятельность
34. отказ от речи (мутизм)
35. утраты желания
36. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме:
37. парамнезии
38. конфабуляции
39. амнезии
40. сделанных воспоминаний
41. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:
42. потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
43. невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
44. распространения подобного забвения на различный период
45. выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
46. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая:
47. патологические воображения в форме воспоминаний
48. сделанные воспоминания
49. обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
50. действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
51. Антероградная амнезия характеризуется:
52. утратой воспоминаний на период бессознательного состояния и период предшествовавший ему
53. правильное поведение в запамятованном периоде
54. утратой воспоминаний на период, непосредственно следовавший за выходом из бессознательного состояния
55. потерей способности к запоминанию после данной амнезии
56. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, заполняя провалы в памяти, называется:
57. конфабуляцией
58. реминисценцией
59. гипомнезией
60. псевдореминисценцией
61. Гипомнезия – это:
62. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение
63. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
64. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии
65. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями
66. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
67. жалоб на утрату способности к мышлению
68. трудности отделения главного от второстепенного
69. ощущения ослабления умственных способностей
70. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
71. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
72. утраты способности отделения существенного от несущественного
73. утраты способности отделения главного от второстепенного
74. выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
75. замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
76. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме:
77. внезапной блокады мыслей
78. неожиданной остановки, перерыва мыслей
79. того, что больные замолкают, утратив нить мысли
80. возникновения при кратковременном нарушении сознания
81. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая:
82. длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления
83. соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений
84. объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи
85. произвольную подмену одних понятий другими
86. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:
87. склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
88. целиком ошибочных, неправильных умозаключений
89. наличия выраженного аффективного напряжения
90. приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
91. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
92. несоответствия действительности
93. искажения отражения действительности
94. доступности к коррекции, устранению путем убеждения
95. полного овладения сознанием
96. Бред – это:
97. болезненное преувеличение реальных событий
98. всегда нелепое, странное толкование событий
99. идеи, содержанием своим всегда вытекающие из галлюцинаторных или иллюзорных переживаний
100. убежденность в чем-то, не имеющая под собой логической посылки
101. Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:
102. резонерством
103. демагогией
104. амбивалентностью
105. мутизмом
106. Внезапный обрыв в мыслительном процессе, чаще всего встречающийся при шизофрении – это:
107. ментизм
108. шперрунг
109. эхомысли
110. симптом открытости
111. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:
112. галлюцинаторно-бредовых расстройств
113. бредовых расстройств
114. судорожного синдрома
115. неврозоподобных расстройств
116. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме:
117. утраты единства психических процессов
118. нарастающей интравертированности
119. эмоционального обеднения
120. тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
121. Шизофрении детского возраста свойственно все перечисленное, кроме:
122. высокосистематизированного интерпретативного бреда
123. бредоподобного фантазирования
124. обсессий
125. фобий
126. У подростка эмоциональная лабильность, стремление к независимости с негативизмом к лицам из ближайшего окружения – семья, учителя; повышенный интерес к своему психическому и физическому Я. Данная клиническая картина может быть определена как:
127. психогенное заболевание
128. психические особенности пубертатного возраста
129. дебют аффективного эндогенного заболевания
130. дебют шизофрении в пубертатном возрасте
131. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:
132. обездвиженности застывшего амимичного лица
133. повышения мышечного тонуса
134. выраженного депрессивного аффекта
135. длительно сохранения одной позы
136. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме:
137. неполной обездвиженности
138. более или менее выраженного мутизма
139. продолжительного сохранения одного и того же положения тела
140. ложных воспоминаний
141. В развернутой стадии старческого слабоумия отмечается все перечисленное, кроме:
142. массивных очаговых расстройств
143. явлений прогрессирующей амнезии
144. сдвига ситуации в прошлое
145. отсутствия сознания болезни, падения критических возможностей
146. Болезнь Альцгеймера характеризуется всем перечисленным, кроме:
147. обязательно развитие очаговых расстройств
148. не приводит к тотальному слабоумию
149. развивается тотальная апраксия
150. центральное место занимают явления амнезии
151. Для болезни Альцгеймера характерно все перечисленное, кроме:
152. развития глобарного слабоумия
153. обязательных очаговых расстройств
154. выраженных конфабуляций
155. значительного темпа распада памяти
156. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:
157. двигательного торможения
158. аффекта тоски
159. идеаторного торможения
160. меланхолического раптуса
161. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:
162. явлений прогрессирующей амнезии
163. концентрации мышления на депрессивной фабуле
164. затруднения запоминания
165. затруднения воспроизведения
166. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:
167. ощущение мышечной слабости
168. повышенную чувствительность
169. бедность мимики
170. замедление движений
171. Для депрессивного больного характерно:
172. богатая выразительная мимика лица
173. громкая речь
174. мимика скорби
175. ускорение психических процессов
176. Длительное (2 недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как:
177. фобический синдром
178. неврозоподобный синдром
179. астенический синдром
180. депрессивный синдром
181. Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
182. прогрессивного паралича
183. симптоматических психозах
184. эпилепсии
185. маниакально-депрессивного психоза
186. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:
187. идеи самообвинения
188. идеи переоценки
189. наличие депрессивной триады
190. депрессивную анестезию
191. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме:
192. чувства тревоги
193. депрессивной анестезии
194. оптимистического содержания мыслей
195. бессонницы
196. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:
197. суицидальные мысли
198. отсутствие аппетита
199. витальный характер депрессии
200. идеи осуждения
201. К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме:
202. ступорозных депрессий
203. слезливых депрессий
204. депрессии с идеями самообвинения
205. тревожных депрессий
206. Соматическими особенностями инициальных стадий депрессии при маниакально-депрессивном психозе являются все перечисленные, кроме:
207. повышенной утомляемости
208. заметного снижения настроения
209. затруднения сна
210. снижения аппетита
211. Основной характеристикой ларвированных депрессий является все перечисленное, исключая:
212. выраженность проявлений разнообразных масок
213. малую интенсивность аффективного компонента
214. выраженность аффективного компонента
215. отсутствие аффективного компонента
216. Атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб – это:
217. маскированная депрессия
218. скрытая депрессия
219. соматизированная депрессия
220. биполярное аффективное расстройство
221. верно все, кроме 4
222. При соматических вариантах ларвированных депрессий наблюдается все перечисленное, кроме:
223. типичной имитации картины соматического заболевания
224. необычности клинической картины, локализации, времени появления признаков соматического заболевания
225. безуспешности обычной терапии
226. неэффективности обычных методов диагностики
227. К соматическим признакам депрессии не относится:
228. запоры
229. гипотимия
230. дисменорея
231. похудание
232. Для алгического варианта ларвированных депрессий характерно все перечисленное, кроме:
233. разнообразных алгий
234. суточных колебаний
235. оптимистического характера настроения
236. раздражительности
237. Признаками соматизированной депрессии являются:
238. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
239. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
240. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
241. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
242. верно все перечисленное
243. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
244. конфабуляции
245. гипермнезию
246. ускорение ассоциаций
247. явления отвлекаемости со скачкой идей
248. Громкая речь чаще отмечается у:
249. лиц астено-невротического типа
250. пациентов в гипоманиакальном состоянии
251. больных с ипохондрическими переживаниями
252. депрессивных пациентов
253. При маниакальном состоянии наиболее типичными эмоциональными расстройствами является:
254. фобия
255. депрессия
256. эйфория
257. апатия
258. Маниакальные синдромы развиваются при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
259. органических заболеваний головного мозга
260. эпилепсии
261. шизофрении
262. неврозов
263. Для выраженной маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме:
264. похудания с постарением
265. двигательного возбуждения
266. подъема настроения
267. идеаторного возбуждения
268. Выраженная маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза характеризуется всем перечисленным, кроме:
269. повышения аппетита
270. идей самоуничижения
271. расстройства сна
272. раздражительности, гневливости
273. Соматическими особенностями маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, исключая:
274. гиперемию кожи лица
275. похудание
276. постарение
277. повышение аппетита
278. Астенический синдром – это:
279. нарушения сна с тягостными переживаниями по этому поводу
280. дисфорическая раздражительность с бессонницей
281. пониженное настроение с чувством слабости
282. раздражительная слабость вместе с вегетативными дисфункциями
283. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:
284. фиксационной амнезии
285. физической истощаемости
286. психической истощаемости
287. аффективной лабильности
288. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:
289. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
290. нарушения сознания
291. повышенной утомляемости и истощаемости
292. гиперстезии
293. Раздражительная слабость – это:
294. раздражительность (несдержанность) органического генеза
295. половая слабость мужчин с дистрофическими расстройствами настроения
296. раздражительность, легко истощающаяся, сопровождающаяся часто чувством вины, самообвинением
297. характерное расстройство настроения у эпилептоидного психопата
298. Аффективная лабильность – это:
299. склонность к дисфорическим взрывам
300. склонность к красочному воображению
301. то же самое, что питиатизм
302. то же самое, что эмоциональная неустойчивость
303. Дисфория – это:
304. смешение страха, злобы, тоски
305. депрессия на органической почве
306. психотических размеров гнев
307. тягостная, стойкая раздражительность
308. Тики чаще всего охватывают мышцы:
309. языка
310. лица и шеи
311. пальцев ног
312. бедра
313. Тотальный мутизм наблюдается:
314. при эндогенных депрессиях
315. при реактивных состояниях
316. возможен при все перечисленных состояниях
317. при кататонических и кататоноподобных состояниях
318. Стресс (по Г. Селье) – это:
319. нервное вредоносное напряжение
320. вид дистресса
321. защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
322. неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
323. В отношении стресса верно следующее:
324. стресс представляет собой совокупность адаптационных реакций организма на неблагоприятные воздействия значительной интенсивности
325. в настоящее время принято рассматривать стресс исключительно как разрушительное, негативное явление
326. стресс возникает только тех ситуациях, которые человек расценивает как неприятные и угрожающие
327. интенсивность стресса прямо пропорциональная объективной тяжести ситуации
328. Как правильно обозначить тревожное расстройство, при котором человек не может освободиться от переживаний травматического события или серии таких событий:
329. генерализованное тревожное расстройство
330. посттравматическое стрессовое расстройство
331. обсессивно-компульсивное расстройство
332. фобическое расстройство
333. Какой из приведенных критериев не входит в триаду критериев реактивных состояний по К. Ясперсу:
334. выявление психотравмы
335. отражение психотравмы в клинической картине
336. осознание пациентом внутреннего конфликта
337. выздоровление после прекращения действия вызвавшей состояние причины
338. Нередко пациенты, доставляемые в хирургические стационары по поводу внезапных травм и ранений, не чувствуют боли. Один из очевидцев такой травмы рассказывал: «он сам пришел в медпункт и принес два отрезанных у него пальца. Он даже не поморщился, когда ему обрабатывали рану». С каким из перечисленных веществ связана такая анестезия:
339. ГАМК
340. ацетилхолин
341. допамин
342. энкефалины
343. «Синдром лагерей уничтожения», проявляющийся у бывших узников концлагерей спустя многие годы состояниями страха, депрессивными реакциями, неотвязно оживающими картинами пережитого, по МКБ-10 следует обозначить как:
344. посттравматическое стрессовое расстройство
345. тревожно-фобическое расстройство
346. дистимия
347. расстройство адаптации
348. По имеющимся статистикам, более чем у 60 % участников войны в Чечне с посттравматическим стрессовым расстройством его возникновение связано не с собственно участием в боевых действиях, а с:
349. врожденным дефицитом стрессоустойчивости
350. недостаточностью социальной поддержки после войны
351. наличием латентных психических расстройств
352. травматическим опытом раннего детства
353. Какое утверждение о травматическом стрессе верно:
354. проявление под действием стресса латентных психических расстройств
355. болезненная по своему существу и механизмам реакция
356. нормальная реакция на ненормальные обстоятельства
357. стресс физической травмы
358. Непосредственным ответом на травму утраты являются какие две реакции:
359. отрицание и проекция
360. проекция и регрессия
361. регрессия и изоляция
362. шок и отрицание
363. Какое из этих утверждений верно характеризует стадию шока и отрицания при переживании утраты:
364. благодаря естественной склонности к отрицанию окончательности смерти и стремлению избегать радикальных изменений в жизни, человек не воспринимает случившееся как реальность
365. осознание необратимости утраты приводит к сожалениям, что было или не было сделано или сказано
366. переживая горе, человек может быть раздражителен, груб, несвойственно для него озлоблен это нередко переносится на тех, кого он любит и в ком больше всего нуждается
367. жизнь становится как темный туннель без выхода, утешения отвергаются, человек чувствует себя бесконечно одиноким и покинутым
368. Внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимающаяся человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию; ситуация, которая выходит за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта – это:
369. кризисная ситуация
370. экстремальная ситуация
371. чрезвычайная ситуация
372. криминальная ситуация
373. В каком пункте стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004) перечислены в правильном порядке:
374. острое стрессовое расстройство – травматический стресс – посттравматическое расстройство личности – посттравматическое стрессовое расстройство
375. травматический стресс – посттравматическое стрессовое расстройство – острое стрессовое расстройство – посттравматическое расстройство личности
376. травматический стресс – острое стрессовое расстройство – посттравматическое стрессовое расстройство – посттравматическое расстройство личности
377. острое стрессовое расстройство – посттравматическое стрессовое расстройство – травматический стресс – посттравматическое расстройство личности
378. Следствием неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты в клинике являются:
379. эндогенно-депрессивный синдром
380. реактивные депрессии
381. психозы
382. неврозы
383. Наиболее распространенная в отечественной литературе классификация неврозов включает в себя перечисленные формы, кроме (Б.Д. Карвасарский, 1990)
384. ипохондрического невроза и невротической депрессии
385. истерического невроза
386. неврастении
387. невроза навязчивых состояний
388. К типам невротических конфликтов не относится:
389. истерический внутриличностный конфликт
390. межрасовый национальный конфликт
391. неврастенический внутриличностный конфликт
392. обсессивно-психастенический внутриличностный конфликт
393. Противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой («Я хочу, но у меня не хватает сил») соответствует этому типу невротического конфликта:
394. истерический
395. шизофренический
396. неврастенический
397. обсессивно-психастенический
398. Превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствием адекватного критического отношения к своему поведению («Я хочу, хотя не имею права») соответствует этому типу невротического конфликта:
399. обсессивно-психастенический
400. неврастенический
401. тревожный
402. истерический
403. Основным расстройством при неврастении является (по Свядощу):
404. раздражительная слабость, повышенная возбудимость и легкая истощаемость
405. вспыльчивость
406. шум в ушах, снижение аппетита
407. тягостные ощущения во внутренних органах, невралгии
408. Для невротического ларингоспазма характерно все перечисленное, кроме (по Карвасарскому):
409. стенотического дыхания
410. того, что он возникает преимущественно днем, не ночью
411. сравнительно недолгой (1-2 мин) продолжительности приступа
412. поперхивания слюной или пищей как повода к развитию первого приступа удушья
413. Невротическая депрессия обычно включает в себя (по Свядощу):
414. некритическое отношение к своим болезненным переживаниям и нежелание бороться с ними
415. тягостные алгии
416. неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением; идеи несправедливого отношения к себе
417. мифофобические расстройства
418. При истерическом амаврозе:
419. нет истерического мутизма
420. больные часто попадают (по причине амавроза) в опасные для жизни условия
421. на ЭЭГ глаза больного не реагируют на свет
422. бинокулярное зрение может оказаться сохранным; больные могут быть убеждены в том, что абсолютно ничего не видят, но обнаруживают сохранность зрительных восприятий (видят)
423. При элективной истерической глухоте (по Свядощу) больной:
424. на заданный вопрос: «Вы слышите?» – обычно отрицательно кивает головой
425. когда обращают его внимание на то, что говорит о «полной глухоте», а сам выполняет ряд устных просьб, не обнаруживает недоумения
426. не выполняет такие устные просьбы, как глубоко дышать, задерживать дыхание
427. обычно выполняет устную просьбу назвать, написать свою фамилию
428. Истерический припадок отличается от судорожного органического припадка:
429. отсутствием выраженных судорожных расстройств
430. живой зрачковой реакцией на свет
431. высокой сексуальной напряженностью во время припадка
432. отсутствием нарушения сознания во время припадка
433. При истерических припадках обычно отмечается:
434. непроизвольная дефекация
435. отсутствие или понижение реакции зрачков на свет
436. изгибание тела в судорогах
437. кратковременные тонические судороги, сменяющиеся клоническими
438. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:
439. патетическую жестикуляцию
440. приступы рыдания и хохота
441. чувство дурноты, учащенное дыхание
442. секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
443. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:
444. психогенную слепоту
445. различные гиперкинезы и тики
446. явления астазии-абазии
447. функциональные парезы и параличи
448. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:
449. гипестезии и анестезии участков тела
450. наличия характера сделанности этих расстройств
451. утраты слуха
452. психогенной слепоты (амавроза)
453. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме:
454. сохранения реакции на невербальные звуки и шумы
455. наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке
456. нарушения барабанной перепонки
457. сужения зрачков при громких звуках
458. Малый истерический припадок характеризуется состоянием, при котором наблюдаются:
459. массивная тоническая судорога с изгибанием тела в дугу
460. внезапная потеря сознания
461. тонические и клонические судороги
462. приступы рыдания, хохота
463. Признаками диссоциативного расстройства (F44) являются все перечисленные, кроме:
464. прогрессирующая амнезия
465. наличие временной связи с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями
466. отсутствие явных физических или неврологических нарушений
467. потеря памяти на прошлые события, чувствительности или способности управлять движениями тела
468. К классическим психосоматическим заболеваниям («Holy Seven» — «Святая Семерка») относятся все нижеперечисленные заболевания за исключением:
469. нейродермита
470. сахарного диабета 1 типа
471. ревматоидного артрита
472. язвенной болезни
473. бронхиальной астмы
474. Соматические расстройства психогенного происхождения представлены во всех перечисленных рубриках МКБ-10, за исключением:
475. F45
476. F50-F59
477. F20-F29
478. F44
479. К соматоформным нарушениям (F45) относится:
480. хроническое болевое соматоформное расстройство
481. ипохондрическое расстройство
482. соматизированное расстройство
483. соматоформная вегетативная дисфункция
484. верно все перечисленное
485. При ипохондрии наблюдается все перечисленное, за исключением:
486. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
487. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
488. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
489. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
490. В связи с принятым «модным» воззрением на полноту у девочки-подростка возникает страх излишней полноты, который приводит к длительному голоданию. Это состояние следует оценить как:
491. бредовую анорексию
492. сверхценную анорексию
493. навязчивую анорексию
494. психологически понятное поведение здорового подростка
495. Нервную анорексию характеризует все перечисленное, кроме:
496. страх ожирения
497. снижение массы тела не менее 15% по сравнению с нормой
498. блокада процесса глотания
499. искажение образа тела
500. К вегетодистоническим симптомам при соматоморфных расстройствах относят:
501. головокружения, головные боли
502. сердцебиение, одышка, обмороки
503. повторяющиеся боли в животе
504. все названное
505. Катамнез содержит описание:
506. жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
507. жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
508. жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар
509. жизни и проявлений болезни за последние 5 лет

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

Вопросы:

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Какие методы психологического воздействия можно использовать?
4. Какие заболевания входят в «чикагскую семерку»?
5. К какому патопсихологическому симптомокомплексу относятся психосоматические расстройства?

**Задача № 2**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила няня под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

Вопросы:

1. Какое заболевание возникло у ребенка?
2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?
3. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
4. Какие еще психологические факторы играли роль в развитии данного заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**Задача № 3**

Пациентка 25 лет обратилась на консультацию к клиническому психологу. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Задача № 4**

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

Вопросы:

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?
2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?
3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?
4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?
5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

**Задача № 5**

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 55 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 59 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала «пропавшие» вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие «пограничные психические расстройства» (F4, F5, F6).
2. Медицинские и юридические критерии психогенных психических расстройств.
3. Классификация психических заболеваний и состояний пограничных психических расстройств.
4. Стресс. Сигналы патогенности стресса.
5. Острые реакции на тяжелый стресс.
6. Посттравматическое стрессовое расстройство.
7. Хронические изменения личности после тяжелых стрессов.
8. Расстройства адаптации.
9. Соматоформные и соматизированные расстройства как разновидность невротических нарушений.
10. Понятие о классических неврозах, их виды.
11. Психосоматические заболевания и психогении.
12. Особенности психических нарушений при отдельных группах соматических заболеваний: органов дыхания, печени, сердца и сосудов, почек; при опухолях, эндокринопатиях, очаговых и системных инфекциях.
13. Организация помощи больным с пограничными расстройствами.
14. Общие сведения о лечении пограничных психических расстройств.
15. Общие сведения о реабилитации при пограничных психических расстройствах.
16. Неотложная помощь больным с острыми соматогенными расстройствами.
17. Тактика взаимодействия врачей скорой помощи с психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами.

**Модуль 2 Клиническая психофармакология**

**Тема 1***Психофармакотерапия. Неотложная помощь в психиатрии.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Симптоматические психозы. Неотложная помощь.
2. Психические нарушения при соматических заболеваниях.
3. Нейролептики и антидепрессанты в практике врача скорой помощи.

**Тестовый контроль**

1. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме:
2. ингибиторов моноаминоксидазы
3. дифенилметана (амизил)
4. производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин)
5. производных пропандиола (меробамат)
6. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме:
7. оксибутирата лития
8. финлепсина
9. ацетата лития
10. сульфата лития
11. В основе классификации психотропных средств положен принцип:
12. биохимический
13. клинико-психологический
14. эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия
15. фармакологического механизма действия препаратов
16. Для всех нейролептиков характерны все следующие признаки, исключая:
17. ингибирующее действие в отношении возбуждения, ажитации, агрессивности, редукции маниакальных состояний
18. редуцирующее действие в отношении некоторых острых хронических и экспериментальных психозов
19. характерные психомоторные, неврологические, вегетативные нарушения
20. психопатологическое действие без снотворного влияния
21. Малые нейролептики (френолон, терален, сонопакс, неулептил и др.) имеют следующие общие признаки, кроме:
22. гипотензивного действия
23. слабого антипсихотического действия
24. особенности транквилизирующего эффекта
25. меньшей выраженности побочных эффектов
26. Пиперазиновые производные класса нейролептиков обладают всеми перечисленными свойствами, кроме:
27. меньших доз в сравнении с фенотиазинами с алифатической цепью
28. седативных свойств
29. частотой и выраженностью неврологических побочных действий
30. малой токсичности в соматическом отношении
31. Спектр психотропной активности трифтазина выражается всем перечисленным, кроме:
32. глобарного антипсихотического действия
33. элективного действия на бредовую симптоматику
34. седативного эффекта
35. элективного действия на галлюцинаторную симптоматику
36. Стимулирующий эффект трифтазина (в дозах 5-15 мг) часто сопровождается всеми следующими признаками, кроме:
37. внутреннего беспокойства
38. нетерпеливости
39. повышенной раздражительности
40. головных болей
41. Стимулирующий эффект мажептила сопровождается всем перечисленным, кроме:
42. вербальных галлюцинаций
43. прожорливости
44. гиперсексуальности
45. изменчивости аффекта, смене эйфории раздражительностью, злобности
46. Спектр психотропной активности сонопакса (меллерила) включает все перечисленное, кроме:
47. антипсихотического эффекта
48. элективного антипсихотического эффекта
49. седативно-транквилизирующего эффекта
50. тимоаналептического эффекта
51. Спектр психотропной активности неулептила включает все перечисленное, кроме:
52. седативного эффекта
53. слабого антипсихотического эффекта
54. стимулирующего эффекта
55. элективного действия на психопатические расстройства
56. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме:
57. антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
58. антиманиакального эффекта
59. активирующего эффекта
60. седативного эффекта
61. На возникновение поздних дискинезий оказывают влияние все следующие факторы, кроме:
62. длительности психотропной терапии
63. интенсивности наращивания психотропных препаратов (для больных старше 50-55 лет)
64. суточной дозы психотропных препаратов
65. лечения нейролептиками с выраженным седативным действием
66. Лечение поздних дискинезий показано всеми следующими препаратами, кроме:
67. клерегила
68. циклодола
69. пантогама
70. холинхлорида
71. В качестве корректоров при психофармакотерапии могут применяться все перечисленные препараты, кроме:
72. тиоридазина
73. аминазина, тизерцина
74. галоперидола
75. малых транквилизаторов (элениум, седуксен)
76. Клиническая картина состояний, связанных со злоупотреблением циклодолом, характеризуется всеми следующими сомато-неврологическими нарушениями, кроме:
77. тахикардии
78. повышения АД
79. мидриаза
80. гиперемии
81. Азафен показан при лечении всего перечисленного, кроме:
82. ядерной шизофрении
83. депрессивных состояний при органических поражениях головного мозга
84. шизоаффективных психозов
85. соматогенных депрессий
86. Новые атипичные антидепрессанты – антидепрессанты второго поколения характеризуются всем перечисленным, кроме:
87. меньшего собственно антидепрессивного эффекта
88. выраженного стимулирующего эффекта
89. выраженности анксиолитического действия
90. отсутствия тенденции к инверсии аффекта
91. В психотропном действии пиразидола различают:
92. антибредовый эффект
93. седативное действие
94. стимулирующий эффект
95. тимоаналептический эффект и балансирующее влияние
96. Пиразидол показан при лечении всех перечисленных состояний, кроме:
97. невротических депрессий
98. органических, сосудистых депрессий
99. инволюционных депрессий
100. псевдогаллюцинаторно-кататонических приступов в рамках шизофрении
101. Спектр психотропной активности седуксена (производное бензодиазепинового ряда) включает все перечисленное, кроме:
102. антибредового эффекта
103. противосудорожного (нестойкого) эффекта
104. миорелаксирующего умеренно-выраженного эффекта
105. противострахового эффекта
106. Седуксен показан при лечении всего перечисленного, кроме:
107. тревоги, опасений при навязчивостях
108. интерпретативного бреда
109. гиподинамических проявлений невротических расстройств
110. вегето-сосудистых расстройств невротического генеза
111. Спектр психотропной активности феназепама (бензодиазепиновое производное) включает все перечисленные эффекты, кроме:
112. противосудорожного
113. вегетотропного (слабого)
114. выраженного миорелаксирующего
115. противострахового
116. Феназепам показан при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
117. хронического алкоголизма
118. металкогольных психозов
119. органических заболеваний
120. ядерной шизофрении
121. Побочные действия и осложнения в первые дни лечения хлордиазепоксидом (элениумом) включают все перечисленное, кроме:
122. делириозной симптоматики
123. снижения работоспособности
124. атаксии – резидуальных органиков и пожилых лиц
125. сонливости
126. К мерам лечения побочных действий и осложнений при применении транквилизаторов относятся все перечисленные, кроме:
127. дезинтоксикационной терапии
128. психостимуляторов
129. применения корректора – нитрат стрихнина подкожно при выраженной миорелаксации
130. отмены транквилизаторов
131. Токсикомания, обусловленная приемом седуксена (диазепама) характеризуется всеми следующими признаками, кроме:
132. роста толерантности
133. формирования психической зависимости
134. делириозной симптоматики
135. синдрома отмены
136. Препараты метаболического действия – ноотропы – оказывают на церебрально-органическую недостаточность все перечисленные воздействия, кроме:
137. антидепрессивного действия
138. седативного действия (влияние на раздражительность, возбудимость)
139. антиастенического действия
140. антигаллюцинаторного действия
141. Препараты метаболического действия – ноотропы – оказывают на церебрально-органическую недостаточность все перечисленные воздействия, кроме:
142. антигаллюцинаторного действия
143. действия, повышающего уровень бодрствования и сознания
144. антиэпилептического (на эпилептическую активность) действия
145. ноотропного (на нарушение высших корковых функций) действия
146. Препараты метаболического действия – ноотропы – оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме:
147. антидискинетического
148. антибредового
149. антипаркинсонического
150. вазовегетативного
151. Клиническими показаниями к назначению ноотропила (пирацетама) являются все перечисленные, кроме:
152. олигофрении
153. неэндогенных депрессий разного генеза с адинамией
154. атрофических заболеваний
155. психомоторного возбуждения в нейрохирургии
156. Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама) включают все перечисленное, кроме:
157. шизофрении с апато-абулическими проявлениями
158. шизофрении с астено-ипохондрическими проявлениями
159. шизофрении с астено-депрессивными проявлениями
160. острых приступов шизофрении
161. Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама) как корректора включают все перечисленное, кроме:
162. лечения поздних дискинезий
163. подготовки к лечению психотропными препаратами
164. психических проявлений нейролептического синдрома
165. неврологических проявлений нейролептического синдрома
166. Клинические показания к назначению терапии солями лития включают все перечисленное, кроме:
167. маниакально-депрессивного психоза
168. ядерной шизофрении
169. шизоаффективных психозов
170. аффективных колебаний при психопатиях
171. Ранние побочные эффекты при лечении (в первые 7-14 дней) солями лития включают все перечисленное, кроме:
172. жажды
173. учащения мочеиспускания
174. судорожных припадков
175. легкого тремора рук
176. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся все перечисленные, кроме:
177. отеков голеней, стоп, реже лица
178. симптомов несахарного диабета (жажда, никтурия)
179. смазанной речи
180. делириозной симптоматики
181. Выраженная литиевая интоксикация характеризуется всеми следующими признаками, кроме:
182. делириозной симптоматики
183. сухости кожи и слизистых
184. заторможенности, сонливости
185. брадипсихизма
186. Выраженная литиевая интоксикация характеризуется всеми следующими признаками, кроме:
187. смазанной дизартричной речи
188. делириозной симптоматики
189. спутанности сознания
190. двигательного возбуждения
191. Меры лечения выраженной литиевой интоксикации в тяжелых случаях включают все перечисленное, исключая:
192. внутривенное капельное введение маннитола или мочевины
193. внутривенное капельное введение гидрокарбоната натрия
194. внутривенное капельное введение эуфиллина
195. применение диуретиков
196. Риск развития нейротоксических реакций у лиц «с органически неполноценной почвой» возможен при сочетании солей лития со всеми перечисленными психотропными препаратами, кроме:
197. трифтазина
198. галоперидола
199. неулептила
200. диазепама
201. Карбамазепин (финлепсин) применяется для лечения всех перечисленных состояний, кроме:
202. вербального галлюциноза
203. превентивного лечения континуальных аффективных расстройств
204. судорожных припадков
205. психопатоподобных расстройств различного генеза

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной Ш., 60 лет. Находится на стационарном лечении. Доставлен бригадой СП. Бригаду СП вызвала жена, так как пациент высказывал угрозы в адрес жены, избивал ее, говорил, что они умрут вместе, обвинял ее в изменах, перестал спать ночами, следил за ней.

Пациент родился в поселке, в многодетной семье четвертым- последним ребенком. Родители работали в колхозе. Алкоголем отец н е злоупотреблял. Употреблял спиртное только по праздникам, в компаниях. Со слов жены пациента его отец по характеру был назойливым, уверенным в себе, легко мог вывести собеседника из себя. В состоянии алкогольной интоксикации становился грубым, начинал скандалить, высказывал идеи ревности. Сам пациент такие характеристики отрицает. Мать по характеру была мягкой, доброжелательной, уступчивой женщиной. Родители больного умерли в старческом возрасте. Два брата пациента злоупотребляли алкоголем, средний уже умер от заболевания легких, старший брат жив и до сих пор злоупотребляет алкоголем. Раннее развитие пациента без особенностей. В детстве болел простудными заболеваниями. В школу пошел с 8 лет, учился хорошо, но особого интереса к учебе не проявлял, хобби не было. Основное время дня проводил вместе с приятелями- «улица, одно было увлечение». Лидером никогда не был, но к его мнению в компании всегда прислушивались, пользовался уважением среди своих сверстников. Особое внимание к воспитанию пациента родители не проявляли – «сыт, одет да обут, вот и весь родительский контроль». С 8 класса пациент начал встречаться со своей будущей женой. Окончив 9 классов, пациент уехал к сестре в Душанбе и там в вечерней школе окончил 10 и 11 классы и в профессионально- техническом училище получил специальность электрика. В это время появились увлечения, которые отличались разнообразием, начал заниматься боксом и парашютным спортом. В 19 лет был призван на службу в армии, служил в течение 2 лет в воздушно-десантных войсках в Дагестане. Во время службы в армии увеличилась кратность и дозы принимаемого спиртного. После службы в армии поступил в Харьковское пожарное училище, где учился в течение года, бросил обучение, так как не справлялся с учебой и пропускал занятия из-за частой алкоголизации. Алкогольный анамнез: в последнее 5-7 лет алкоголизировался по 2-3 дня, для «снятия напряжения, усталости, когда понервничает», алкоголь действовал расслабляюще, частично не помнил, что происходило в состоянии опьянения, но всегда приходил домой. Употребление происходило в количестве от 200 до 300 мл водки или самогонки. На следующей день «чувствовал себя отвратительно: мутило, трясло, голова была тяжелой, подташнивало, хотелось опохмелиться». Опохмеление приносило облегчение, но появлялось желание «выпить еще и еще». В последние 2-3 года стал ревновать жену, предъявлял ей претензии в неверном поведении; на этой почве часто стали ссориться. Последнее употребление длилось в течение 5 дней после того как ушел на пенсию и решил «отпраздновать». В опьянении (со слов жены) раздражительный, придирчивый, высказывал нелепые предположения о ее неверности (занята домом, внуками, практически не бывает одна).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 2**

Больной З., 23 года.

Не работает

Жалобы на боли в мышцах, суставах, озноб, слезоточение, насморк. Поступал впервые, по собственному желанию.

Анализ: Родился от 1-й беременности, нормальные роды, без

осложнений. Рос и развивался соответственно возрасту, посещал детский сад, от сверстников не отставал, был достаточно уравновешенным.

Мать: инженер, пенсионерка по возрасту, алкоголем не злоупотребляла, характер добрый, спокойный.

Отец: военнослужащий, характер строгий, жесткий, алкоголь

употребляет умеренно.

Ранний период детства у пациента прошел без особенностей, болел детскими инфекциями, больше тяготел к отцу однако и с матерью отношения были хорошими.

В школу ходил с 7 лет, учился средне, интереса к учебе не проявлял, на уроки времени тратил мало, в основном получал оценки 3 и 4. Не может выделить предметы, которые нравились больше других или которые давались ему с трудом.

В старших классах часто пропускал занятия, бывали мелкие конфликты с преподавателями. Свободное время проводил с друзьями на улице, занимался спортом (бокс, футбол, баскетбол), но нерегулярно, «для себя». Ни в одном из видов спорта не достиг сколько-нибудь заметных результатов.

После 10 класса поступил в автодорожный техникум, закончил его. В время учебы в техникуме начал регулярно курить, до этого «баловался». Часто употреблял спиртное в компании. Мог выпить до 500 мл водки, повышения толерантности не отмечалось, не «похмелялся», абстинентные явления отрицает. При употреблении спиртного эйфории не испытывал, но, по словам пациента, немного улучшалось настроения. В армии не служил- «заплатил, договорился».

В 2004-2005 отбывал наказание в ИТУ за разбой. Считает что попал туда случайно- «пьяные были, наделали глупостей». После освобождения круг общения практически полностью состоял из криминальных элементов, занимался нелегальным бизнесом.

В конце 2006 впервые попробовал «ханку» - «друзья предложили». Ввел 0,2 г внутривенно, при этом испытал состояние блаженства, спокойствия, прилив сил. Пережитое состояние понравилось, через несколько дней повторил введение, сразу после этого начал наркотизироваться. Вначале ощущал психическую зависимость- «все мысли крутились только о наркотике», а через 1,5-2 месяца при отсутствия наркотика начал испытывать боли в мышцах, суставах, бессонницу. В этот же период начал повышать дозу, так как прежние уже не приносили чувства эйфории. Летом 2007 перешел на употребление героина, т.к. « с ним удобнее, меньше возни, кайф больше». При употреблении героина вначале испытывал эйфорию, а затем только приятное состояние спокойствия, гармонии с окружающим миром. К октябрю 2007 года совершенно исчез эйфорицирующий эффект, делал инъекции только для того «чтобы быть в рабочем состоянии». Постепенно повышал дозу героина, довёл её до 4,5 г. сухого в-ва в сутки. Вводил внутривенно, дозу делил на 3-4 приёма.

Трижды были передозировки героина, с потерей сознания, остановкой дыхания. К врачам не обращался - «друзья откачивали». Для инъекций всегда использовал только индивидуальные шприцы и иглы. Инфекционными болезнями не болен. Аллергических реакций на медикаменты не было. В последнее время стал чувствовать слабость, утомляемость, начал худеть, были обмороки.

Соматический статус:

Состояние средней тяжести. Кожа сероватого цвета, влажная. Правильного телосложения, пониженного питания. На локтевых сгибах, кистях рук, бёдрах и голенях многочисленные следы от инъекций, «дорожки». В легких дыхание везикулярное, ЧД - 18. Тоны сердца ритмичные, АД 130/80, ЧС-88.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное, синдром Пастернацкого отрицателен. Стул не нарушен.

Неврологический статус:

Зрачки округлой формы, слегка расширены, D=S, фотореакция сохранена, конвергенция и аккомодация не нарушены.

Лицо симметричное, язык по средней линии. Рефлексы живые D=S. В позе Ромберга устойчив, выражен тремор рук. Очаговой и менингиальной симптоматики нет.

Психический статус: Сознание не расстроено, ориентирован в месте, времени, собственной личности. Выражение лица страдальческое, на месте не удерживается, встает, ходит по комнате, просит быстрее ему помочь, быстро устаёт в процессе беседы, снижается концентрация внимания, переспрашивает вопросы, отвечает после паузы. Смысл вопросов понимает, в ответах часто противоречит сам себе, неоткровенен, пытается подчеркнуть вину других людей в тех неприятностях, которые с ним происходят. Мышление последовательное, сокращена способность к анализу, синтезу, абстрагированию, пониманию юмора. Запас основных сведений и понятий соответствует возрасту, образовательному и культурному уровню, словарный запас достаточный, речь громкая, небогата по разнообразию построения фраз.

Настроение снижено, легко раздражается, память не нарушена. Бреда и галлюцинаций нет. Критика к заболеванию снижена.

Обследование:

ОАК, ОАМ, кровь на RW, ВИЧ, Hbs- без патологий.

Окулист: патологии не выявлено.

Невропатолог: жалобы и синдромы обусловлены абстинентными

расстройствами.

Терапевт: патологий со стороны внутренних органов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 3**

Больной А., 49 лет.

Повод для обращения за госпитализацией – неадекватное поведение. За помощью обратилась двоюродная сестра пациента вследствие его неадекватного поведения, которое заключалось в том, что в течение недели перед поступлением он был агрессивен, много выпивал, конфликтовал с родственниками, «подозревал их в том, что они хотят его выселить, лишить квартиры». Доставлен в ОПБ психиатрической бригадой скорой помощи.

Первичный осмотр психиатра: Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Беседует охотно, немного жестикулирует, движения быстрые, несколько суетливые. В общении добродушен, охотно разговаривает на различные темы. О себе рассказывает избирательно, почти не раскрывает причин госпитализации в психиатрический стационар. Высказывает отдельные идеи отношения, заявляет, что его «хотят выселить из квартиры родственники». Внимание крайне неустойчиво, речевой напор, речь ускорена по темпу. Мышление формальное. Обманов восприятия не обнаруживает. Критики к своему состоянию нет.

Соматический статус: В анамнезе артериальная гипертензия 2 стадии. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 110/90 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: Зрачки D=S, равны, реакция на свет

сохранена. Лицо симметричное. Рефлексы с конечностей D=S, без патологии. Менингеальных знаков нет.

Дневник.

1 день. Общее состояние больного удовлетворительное, жалобы на бессонницу - три раза просыпался посреди ночи, гулял по отделению. Настроение несколько подавленное, со слов больного «из-за погоды». Мышление малопродуктивное, паралогичное с частыми соскальзываниями, обстоятельное. Внимание неустойчивое.

2 день. Общее состояние больного удовлетворительное, жалобы на плохой сон. Настроение ровное, изменений в психическом статусе нет. Пациент искренне радуется подаренной ему книги, с удовольствием читает её вслух окружающим. Продолжает назначенное лечение.

3 день. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Настроение ровное, изменений в психическом статусе нет. Пациент рад встрече, читает стихи. Тахифрения, речевой напор, соскальзывания вплоть до разорванности мышления. Не способен исключить четвертый лишний предмет из представленных наборов.

4 день. Жалоб активных не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Доволен, что нашёл среди пациентов «слушателей». Соматическое состояние без изменений. Лечение продолжает получать.

5 день. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Речь ускоренная. Пытается предложить свою помощь при уборке территории больницы. Критики к состоянию нет.

Анамнез жизни (anamnesis vite): Родился доношенным ребенком в срок. Единственный ребёнок у матери. Детских заболеваний не помнит. Последние пять-шесть лет отмечает периодические подъемы артериального давления до максимальных цифр 210/140 мм. рт. ст., сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах, мельканием мушек. Обычными для себя считает цифры АД 130/80 мм. рт. ст. Мать пациент помнит плохо, так как она большую часть времени проводила на стационарном лечении в этой же больнице (со слов больного, страдала шизофренией). Умерла, когда пациенту было 10 лет, причину смерти матери не знает. Родители развелись, когда пациенту было три года. Отца не знает. Воспитывали больного бабушка и дедушка со стороны матери.

В школу пошел в 7 лет, любил математику, физику, геометрию, химию, по другим предметам получал «тройки» и «двойки». После школы с друзьями «ходил пить водку», на следующее утро «болел с похмелья». В компании проявлял стремление к лидерству, был «заводилой». Во время драк испытывал физический страх боли. Бабушка воспитывала внука не очень строго, физических наказаний не применяла. Объектом для подражания был родной дядя пациента, инженер-строитель, который впоследствии повлиял на выбор профессии. После окончания 10 классов поступил в строительный техникум. В техникуме учился хорошо, свою будущую профессию любил.

Стремился быть в коллективе, старался поддерживать с людьми хорошие отношения, однако с трудом контролировал чувство гнева. Старался доверять людям. «Я человеку верю до трех раз: раз меня обманет - прощу, второй раз обманет - прощу, третий обманет - я уже буду думать, что он за человек». Пациент был поглощен работой, настроение преобладало хорошее, оптимистическое. В общении с девушками были трудности, но о причинах этих трудностей пациент не рассказывает.

Начал работать с 20 лет по специальности, работа нравилась, в трудовом коллективе отношения были хорошие. В армии не служил по причине плоскостопия. После первой госпитализации в психиатрический стационар в 1994 году многократно менял место работы: работал продавцом в хлебном магазине, дворником, мыл подъезды.

Личная жизнь. В браке не состоял, сначала (до 26 лет) считал «что еще рано», а после 1994 года не женился, со слов больного - «что толку дураков плодить?». Постоянного сексуального партнера не имел, к теме секса отношение настороженное, обсуждать отказывается.

Социальная жизнь. Криминальных поступков не совершал, к суду не привлекался. Наркотики не употреблял. Курит с 15 лет, в последнее время - по 1 пачке в день. До госпитализации активно употреблял алкоголь. Проживал один. Конфликтовал с двоюродными сестрами. Последний стресс - ссора с двоюродной сестрой и дядей перед госпитализацией по поводу квартиры, переживает до сих пор. В больнице пациента никто не посещает, родственники просят врачей не давать ему возможности звонить домой.

Заключение о преморбидной типологии личности. Наследственность отягощена шизофренией со стороны матери, что даёт предрасположенность к развитию психического расстройства у данного пациента.

Перенесённых заболеваний в детстве, юности не имеет.

Анамнез заболевания (anamnesis morbi): В 1994 году во время работы мастером на строительстве объекта испытывал выраженное чувство вины, доходящее до суицидальных мыслей в связи с тем, что его заработная плата была выше, чем у коллег, в то время как обязанности менее обременительны (по его мнению). Однако до попыток суицида дело не дошло - останавливала любовь и привязанность к бабушке.

Пациент считает себя больным с 1994 г., когда впервые попал в психиатрический стационар. Это произошло в городе Сургут, куда больной приехал «на заработки». У него кончились деньги, и чтобы купить билет домой, он хотел продать свою черную кожаную сумку, однако на рынке ее никто не купил. Идя по улице, у него появилось ощущение, что его преследуют, он «увидел» троих мужчин, которые «следили за ним, хотели отобрать сумку». Испугавшись, больной побежал к милицейскому участку и нажал кнопку вызова милиционера. Появившийся сержант милиции слежки

не заметил, велел пациенту успокоиться и вернулся в отделение. После четвертого вызова милиции больного забрали в отделение и «стали бить». Это послужило толчком для начала аффективного приступа — пациент начал драться, кричать.

Вызванная психиатрическая бригада доставила больного в стационар. По дороге он дрался также с санитаром. В психиатрической больнице г. Сургуте он пробыл полгода, после чего «самостоятельно» (по мнению больного) отправился в Орск. На вокзале пациента встречала бригада скорой помощи, доставившая его в областную психиатрическую больницу, где он пробыл еще год. Из препаратов, которыми проводилось лечение, пациент помнит один аминазин.

Со слов пациента, после выписки из стационара «много пил, иногда был перебор». Следующие госпитализации в стационар - в 1995 году. Со слов пациента, во время одного из конфликтов с дядей он в порыве гнева заявил ему: «А можно и топориком по голове!». Дядя очень испугался и потому «лишил меня прописки». После пациент очень жалел о сказанных словах, раскаивался. Пациент считает, что именно конфликты с родственниками являлись причиной последующих госпитализаций.

Психический статус. Пациент легко вступает в контакт, словоохотлив, улыбчив. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Во время беседы смотрит на собеседника, проявляя интерес к разговору, немного жестикулирует, движения быстрые, несколько суетливые. С врачом в общении приветлив, охотно разговаривает на различные темы, касающиеся его родственников, отзывается о них положительно, кроме дяди, с которого в детстве брал пример и которым восхищался, но в дальнейшем стал подозревать в плохом отношении к себе, стремлении лишить его жилплощади. О себе рассказывает избирательно, почти не раскрывает причин госпитализации в психиатрический стационар. В течение дня читает, пишет стихи, поддерживает хорошие отношения с другими пациентами, помогает персоналу в работе с ними.

Расстройств восприятия в настоящий момент не выявлено. Настроение ровное, в процессе беседы улыбается, говорит, что чувствует себя хорошо. Речь ускорена, многословна, артикулирована правильно, грамматически фразы выстроены верно. Спонтанно продолжает беседу, соскальзывая на посторонние темы, обстоятельно их развивая, но, не отвечая на заданный вопрос. Мышление характеризуется обстоятельностью (масса малозначимых подробностей, деталей, не относящихся к непосредственно заданному вопросу, ответы пространны), соскальзываниями, актуализацией второстепенных признаков. Например, на вопрос «Почему дядя хотел лишить Вас прописки?» — отвечает: «Да, он хотел убрать мой штамп в паспорте. Ты знаешь, штамп прописки, он такой, прямоугольный. А у тебя какой? Первая прописка у меня была в ... году по ... адресу». Для ассоциативного процесса характерна паралогичность (так, например, задание «исключение четвертого лишнего» из списка «лодка, мотоцикл, велосипед, тачка» исключает лодку по принципу «отсутствия колес»). Переносный

смысл пословиц понимает правильно, сам использует их в своей речи по назначению. Содержательные расстройства мышления не выявляются. Внимание концентрировать удается, но легко отвлекаем, не может вернуться к теме разговора. Краткосрочная память несколько снижена: не может вспомнить имени куратора, тест «10 слов» воспроизводит не полностью, с третьего предъявления 7 слов, через 30 мин. - 6 слов.

Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию, образу жизни, который заполнен чтением книг, сочинением стихов о природе, о маме, смерти родственников, про свою жизнь. Стихи грустные по тональности. Самооценка снижена, считает себя неполноценным: на вопрос, почему не женился, отвечает, «что толку дураков плодить?». Критика неполная, уверен, что в настоящее время лечение ему уже не нужно, хочет домой, работать, получать зарплату.

Квалификация состояния больного. В психическом статусе пациента доминируют специфические расстройства мышления: соскальзывания, паралогичность, актуализация второстепенных признаков, обстоятельность, расстройства внимания (патологическая отвлекаемость). Критика к своему состоянию снижена. Не знает, чем будет и хочет заниматься в будущем.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. План дальнейшей реабилитации.

**Задача № 4**

Мужчина, 32 года. Поступает впервые.

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Родился: в г. Орске, младшим из 2-х детей в семье рабочих. Рос и развивался согласно возрасту и полу. Детский сад посещал. В школу пошел с 7 лет, учился на «удовлетворительно», «не интересно было». Закончил 8 классов, затем окончил профессиональное училище по специальности «машинист башенного крана», проработал по специальности недолго, «не нравится». Часто меняет места работы- «надоедало быстро». Последний год работал неофициально разнорабочим в Санкт-Петербурге. В 2001г. был осужден за кражу и драку на 3 года лишение свободы. Был женат, в разводе с 2013г. Имеет ребенка - дочь (2,5 года). В армии не служил в связи с осуждением. Со слов пациента, употреблял «спайс», «пил ведрами», года три назад, е тех пор больше не употреблял. Инвалидности нет. ЧМТ при автомобильной аварии, лет в 15, «испугался», после, около 1,5 лет, лёгкое заикание. Лекарственной непереносимости нет. Туберкулез, вен. заболевания отрицает. Проживает один. Злоупотребление алкоголя отрицает. Со слов матери, состояние изменилось с сентября 2013г., после развода с женой, снизилось настроение, расстраивался по этому поводу, жена вначале не давала встреч с ребёнком, появились суицидальные мысли. Со слов матери, пытался совершить суицидальную попытку, пациент это категорически отрицает. За помощью к врачу не обращался. Уехал работать в Санкт-Петербург, где работал около года, с работой оправлялся. Затем, с июня 2014г., находясь в Санкт- Петербурге, стал высказывать идеи виновности, перестал спать ночами, был тревожным, перестал ухаживать за собой, стал неряшливым, потерял вещи, звонил по телефону матери из Санкт-Петербурга, плакал, заявлял, что «ты иллюзия», «настоящая мать умерла, ей отрезали руки и ноги», обвинял себя в том, что он «не повесился». Самостоятельно уехал из Санкт-Петербурга в Анапу на встречу с родственниками, которые там были, /отстал от поезда, потом опоздал на автобус, растратил все деньги/, где находился около 2-х недель, где разговаривал «сам с собой», слышал «голоса» императивного содержания, которые приказывали ему «ехать путешествовать». Говорил, что в него «вселился дьявол». Мать забрала и привезла его в г. Оренбург. Заявлял, что «мне плохо», плакал, слышит «голоса» императивного содержания. Говорил, что «меня и мать преследуют», заявлял, что «нужно ехать в Волгоград», не объясняя зачем. Мать вызвала бригаду ССМП, доставлен и госпитализирован в стационар.

При поступлении в приёмном отделении: общался неохотно, высказывал бредовые идеи виновности, «я должен отдать душу дьяволу, чтоб и другие были здоровы», что вее «родственники, в том числе и его мать, погибли, а моей матери отрубили ноги, руки», считал, что мать и сестра выглядят «как-то не так», говорил матери: «ты иллюзия», видел будущее, где «все погибли», с кем-то разговаривал, «я сам себе как бы говорю и повторяю: «ты виноват», настроение снижено, плаксивый. Обвинял мать в том, что она его поместила в психиатрическую больницу, жаловался на плохой сон, «снились покойники с отрубленными головами, «я всех оскорбил, я виноват».

Психический статус: В ясном сознании. Контакт доступен. В кабинет зашел самостоятельно после приглашения в сопровождении санитара. Внешне опрятен. На задаваемые вопросы отвечает неохотно. Ориентирован во всех сферах. Жалобы не предъявляет. Настроение неустойчивое, периодически в беседе становится раздражительным, то плачет. Эмоционально монотонен, мимика маловыразительная. Высказывает идеи виновности «я должен отдать душу дьяволу, чтобы другие были здоровы, это я виноват». В чем он виноват, объяснить не может, «вам не понять». Утверждает, что все его родственники, в том числе и мать, погибли, сам он «находится в коме». Заявляет: «моей маме отрубили руки и ноги, а ты иллюзия», «видел будущее, где они все погибли из-за него», «все-все родственники». Во время беседы с кем-то разговаривает, при этом объясняет это тем, что «я сак себе как бы говорю, повторяю: «ты виноват, иди и повесься». Рассказывает, что постоянно снятся покойники «с отрубленными головами», «это я их всех, оскорбил и обидел», «мне нужно себя принести в жертву, чтобы всем было хорошо». Внимание быстро истощаемое. Мышление паралогичное, непоследовательное. Ночами не спит. Аппетит не нарушен. Критика к своему болезненному состоянию отсутствует.

За время нахождения в отделении первое время плохо спал, был тревожным, отмечалось сниженное настроение с аффективными нарушениями с бредовыми идеями виновности, отношения, плохо спал по ночам. Получал лечение: транквилизаторы, сердолект до 16мг, амитриптилин до75мг, вальдоксан до 25 мг, корректоры. Психическое состояние стабилизировалось, адекватен в поведении, общении, без аффекта, психопродуктивных нарушений, строит реальные планы на будущее, с критикой к своему перенесенному состоянию.

Сомато-неврологический статус: Ф-графия лёгких от 30. 07. 2014г. Кровь на КСР- отрицательная. ВГС/+/, ВГВ/-/ дифтерийные палочки не обнаружены. АДС-М31. 07. 2014г. с. 79П. Терапевт: хр. вирусный гепатит «С», минимальной степени активности. Невропатолог: без патологии. ЭЭГ: умеренные диффузные изменения ЭЭГ ирритативного характера, альфа-ритм нерегулярный, дезорганизованный, сочетается с низкочастотной бета-активностью, отмечаются множество островолновых комплексов альфа-бета диапозона, зональные особенности сглажены, межполушарной асимметрий основных ритмов нет. На открывание глаз частичная депрессия биопотенциалов, гипервентиляция не меняет характер кривой, типичных форм эпиактивности не зарегистрировано. Психолог: на фоне снижения мотивационного компонента, поверхностного отношения к исследованию, и вместе с этим возможной коррекции повеления ЭПИ выявляет в аттентивно-мнестической сфере достаточность активного внимания и смысловой памяти, ослабление механического и опосредованного запоминания, что может быть связано с недостаточно серьезным отношением к исследованию. Мыслительная сфера характеризуется нестандартностью некоторых решений на фоне удовлетворительных способностей к сравнению, обобщению и абстрагированию, в редких случаях актуализацией малосущественных, слабых связей. В сфере характера прослеживается недостаточная глубина эмоциональных переживаний, отчужденность в межличностных отношениях, формальность в установлении контактов, своеобразие восприятия, смешанный тип реагирования, слабая критическая оценка собственных возможностей, отсутствие тенденций к о открытому агрессивному поведению на момент исследования.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 5**

Больной 53-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем (отмечаются запои каждые 1-2 месяца, между запоями употребляет пиво, по утрам выпивает «для улучшения состояния»), поступил в стационар после судорожного припадка, развившегося в абстиненции. При осмотре дезориентирован во времени, не может сказать, где он находится, сколько дней провел в больнице. В дальнейшем в течение месяца состояние остается без динамики, происходящие события в памяти не удерживаются, при этом может точно и подробно рассказать о событиях давнего прошлого. Сообщает неверные, временами нелепые сведения о том, что происходило с момента госпитализации.

Вопросы:

1. Выявить все психопатологические симптомы, описанные в задаче. Определить ведущий психопатологический синдром. Высказать предположение о нозологическом диагнозе.
2. Определить между какими диагнозами необходимо провести дифференциацию. Перечислить методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Определить тактику оказания психиатрической помощи: экстренная/плановая, стационарная/амбулаторная, наличие/отсутствие показаний для недобровольной госпитализации или освидетельствования.
4. Определить лечение: психофармакотерапия/психотерапия, группы психотропных препаратов, длительность терапии.
5. Определить прогноз, необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия.

**Вопросы для подготовки:**

1. Основные принципы психофармакотерапии.
2. Классификации психофармакологических препаратов.
3. Общие закономерности клинического действия психотропных средств.
4. Механизм действия и спектр психотропной активности препаратов различных классов.
5. Побочные эффекты и осложнения при лечении психотропными препаратами.
6. Основные группы лекарственных средств для оказания неотложной помощи при психических и наркологических неотложных состояниях.

**Модуль 3 Оказание экстренной помощи при острых психических расстройствах. Оказание неотложной помощи при психических расстройствах.**

**Тема 1** *Первая врачебная помощь, оказываемая врачом скорой помощи при неотложных состояниях в психиатрии.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Острая реакция на стресс. Первая врачебная помощь.
2. Психические нарушения при интоксикациях.
3. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях.

**Тестовый контроль**

1. Назовите житейские методы снятия стресса, которые обычно применяют люди для снятия нервно-психического напряжения:
2. физические упражнения
3. нервно-мышечная релаксация
4. медитация
5. ароматерапия
6. В процессе оказания экстренной психологической помощи при нервной дрожи наиболее полезным будет:
7. обнять пострадавшего или прижать его к себе
8. усилить дрожь (чтобы избавиться от нее), для этого взять пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясти в течение 10–15 секунд
9. укрыть пострадавшего чем-то теплым
10. успокоить пострадавшего, сказать, чтобы он взял себя в руки
11. При оказании экстренной психологической помощи лицам в состоянии истерики рекомендуется:
12. потакать любым желаниям пострадавшего
13. позвать еще людей, чтобы не оставаться с пострадавшим наедине (даже если кажется, что он не представляет угрозы)
14. неожиданно совершить действие, которое может сильно удивить (дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего)
15. постараться пристыдить пострадавшего, сказать: «Что же ты за человек!»
16. Одна из возможных форм психологического реагирова­ния в ситуации болезни, при которой пациент, отдавая себе отчет в том, что он болен, сознательно скрывает симптомы болезни, это:
17. аггравация
18. анозогнозия
19. реакция «ухода в болезнь»
20. диссимуляция
21. симуляция
22. При какой из форм психологического реагирования на заболевание пациенты стараются представить (часто преднамеренно) реально су­ществующее заболевание или болезненное состояние более тяжелым и опасным, чем это есть на самом деле:
23. симуляция
24. анозогнозия
25. диссимуляция
26. реакция «ухода в болезнь»
27. аггравация
28. Неосознавание болезни, ее симптомов, это:
29. анозогнозия
30. реакция «ухода в болезнь»
31. диссимуляция
32. симуляция
33. аггравация
34. Симуляция – это:
35. отрицание и непонимание серьезности или тяжести существующего заболевания
36. осознанная имитация болезни или болезненных симптомов
37. убежденность человека в наличии у него серьезного заболевания, основанная на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания
38. сознательное отрицание или преуменьшение проявлений или выраженности или тяжести существующего заболевания
39. преувеличение тяжести существующих проявлений болезни или своего состояния
40. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая:
41. бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
42. дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
43. чувство сделанности
44. отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
45. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:
46. помрачения сознания
47. наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций
48. резко выраженных двигательных возбуждений
49. кататонических включений
50. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме:
51. выраженных галлюцинаторных и бредовых включений
52. понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
53. повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
54. замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
55. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме:
56. сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
57. фебрильной шизофрении
58. черепно-мозговых травм
59. расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
60. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая:
61. видоизменение и перевоплощение своего Я
62. полную отрешенность больных от окружающего
63. дисмнестические расстройства
64. фантастическое содержание переживаний
65. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая:
66. развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
67. спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов
68. больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
69. сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
70. Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами («психотическая» форма) проявляется всем перечисленным, кроме:
71. наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений
72. слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
73. восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств
74. возникает относительно постепенно
75. Особенностями сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая:
76. отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания
77. ориентированность в месте и времени
78. амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной
79. продолжительность от нескольких часов до недель
80. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме:
81. утренних судорог
82. идеаторных расстройств типа «шперрунгов»
83. «чужих» мыслей
84. идеаторных расстройств типа ускоренных или замедленных мыслей
85. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме:
86. амнезии окружающей обстановки
87. отсутствия судорожного компонента
88. сохранения в памяти субъективных переживаний
89. аффективной симптоматики
90. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме:
91. джексоновского припадка
92. атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
93. большого судорожного припадка
94. адверсивного судорожного припадка
95. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме:
96. импульсивных (миоклонических)
97. парциальных (джексоновских)
98. ретропульсивных
99. пропульсивных (акинетических)
100. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая:
101. клевки
102. салам-припадки
103. амиотонические
104. кивки
105. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме:
106. применения ЭСТ
107. применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил)
108. инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс)
109. применения антидепрессантов
110. Мерами неотложной терапии острых депрессивных состояний являются все перечисленные, кроме:
111. амбулаторного лечения
112. неотлучного строгого надзора (возможность суицида)
113. неотложной госпитализации
114. ограничения подвижности больного
115. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются все перечисленные, кроме:
116. неотлучного строгого надзора (возможность неожиданных поступков, агрессии)
117. амбулаторного лечения
118. неотложной госпитализации
119. срочного парентерального введения больших доз нейролептиков
120. Больные маниакально-депрессивным психозом временно нетрудоспособны во всех стадиях заболевания, кроме:
121. на стыке фаз (при выраженном смешанном состоянии)
122. в дебюте фазы при достаточной выраженности симптоматики
123. в состоянии интермиссии
124. в начале выхода из фазы
125. Факторами риска суицидального поведения у психически больных являются все перечисленные, кроме:
126. малой выраженности двигательного торможения в массивной депрессии
127. наличия массивных идей самообвинения
128. наличия суицидальных мыслей
129. массивного двигательного торможения
130. Для терапии маниакально-депрессивного психоза в детском и подростковом возрастах предпочтительны антидепрессанты:
131. балансирующего действия
132. существенного значения не имеет
133. стимулирующего действия
134. седативного действия
135. Ятрогении (иатрогении) – это:
136. кратковременное психическое расстройство, вызванное соматической патологией
137. изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача
138. трансформация эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные и вегетативные эквиваленты
139. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
140. кратковременные приходящие состояния, проявляющиеся в напряженных жизненных ситуациях (сердцебиение, потеря аппетита)
141. Эгротогении – это:
142. психогенное расстройство, вызванное неправильным поведением врача
143. ухудшение состояния больного, вызванное неправильным поведением медицинской сестры
144. отрицательное влияние других больных на психическое и физическое состояние других, что ведет к появлению новых симптомов или усилению уже имеющихся
145. соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой психической патологии
146. недооценка и попытка игнорирования проявлений болезни
147. Решение о неотложной госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии предусмотренных Законом оснований принимает:
148. врач-психиатр
149. орган полиции
150. родители или законный представитель пациента
151. суд
152. Принудительное лечение в психиатрических учреждениях органов здравоохранения осуществляется:
153. по решению суда
154. по решению комиссии врачей-психиатров в составе не менее трех человек
155. по решению органов милиции
156. по решению органов прокуратуры
157. Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, может находиться в стационаре без санкции суда в течение:
158. 48 часов, исключая выходные и праздничные дни
159. 48 часов
160. 24 часов
161. 24 часов, исключая выходные и праздничные дни
162. Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи на этом основании:
163. факт установления у данного лица диагноза шизофрении
164. факт установления у данного лица диагноза депрессии
165. психическое расстройство является тяжелым и обусловливает непосредственную опасность данного лица для себя или окружающих
166. факт нахождения данного лица на учете у врача-нарколога
167. Признание больных невменяемыми возможно:
168. при стойкой ремиссии после психотического приступа без выраженных личностных изменений
169. в доманифестный период болезни в случае наличия форпост-симптомов
170. только в случаях злокачественной шизофрении
171. при шизофрении в форме психоза или с выраженными изменениями личности
172. Судебно-психиатрическая оценка дееспособности больных шизофренией в связи с совершением тех или иных юридических актов основана на всем перечисленном, кроме:
173. факта имевшихся в прошлом психотических состояний
174. трудовой адаптации больных
175. социальной адаптации больных
176. частоты и характера приступов в течение болезни
177. Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается:
178. судом
179. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрической больницы
180. комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психоневрологического диспансера
181. главным врачом психиатрической больницы
182. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
183. после смерти пациента
184. в целях медицинского обследования и лечения пациента
185. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
186. лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Пациентка Р., женщина в возрасте 61 года, была доставлена в отделение наркологического диспансера бригадой «скорой помощи» из дома. Поступает впервые в жизни.

Из анамнеза (со слов родственников) известно, что на протяжении последних четырех лет злоупотребляет алкоголем. Злоупотребление алкоголем носит характер бытового пьянства по 2-4 дня со «светлыми промежутками» до 3-х недель. Среднесуточная толерантность составляет до 0,5 л спиртных напитков, в том числе кустарно приготовленных препаратов алкоголя («самогона»). Последнее злоупотребление в течение 7 дней. Последняя алкоголизация за 4 дня до поступления. В этот же день дома потеряла сознание, упала и ударилась левой теменной областью. Два дня лежала неподвижно, чего ранее с ней никогда не было. На третьи сутки стала возбужденной, что-то перекладывала с места на место, на обращенную речь никак не реагировала. На следующий день появилась агрессия по отношению к внучке, сыну, порывалась куда-то бежать, повторяла слово «дай».

При поступлении сознание нарушено. Жалоб не предъявляет. Контакт непродуктивен, т.к. пациентка практически не реагирует на обращенную к ней речь. Возбуждена. Периодически собирается встать, куда-то идти, собирает несуществующие предметы руками с кушетки, что-то стряхивает с одежды и стула. Повторяет слова «дай», «уйди», «отпусти». При осмотре активно сопротивляется, просьбы врача не выполняет. Критика к своему состоянию отсутствует.

Кожные покровы лица гиперемированы, повышенной влажности. На кожных покровах многочисленные гематомы различных сроков давности. Обширная гематома в области верхней трети бедра снаружи. Склеры инъецированы. В легких дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 130/90 мм рт ст, РS 94 в мин. Живот спокоен. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Лицо симметричное. Зрачки D=S, средней величины. Фотореакция сохранена. Координационные пробы не выполняет. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитации.

**Задача № 2**

Больной К., 1969 г.р. Поступает в ПНД впервые, доставлен бригадой СП. Жалоб не предъявляет. Наследственность психопатологически отягощена – родной брат страдает алкоголизмом. Образование высшее – офицер в отставке. В настоящее время работает сторожем. Проживает с женой и старой бабушкой, имеет взрослых сына и дочь, отношения в семье неблагоприятные, связано это с постоянными скандалами в связи с ревностью пациента. Страдает сахарным диабетом, лекарства пьет не регулярно, уровень сахара не контролирует, кроме того много лет страдает гипертонической болезнью. ЧМТ в анамнезе не было. Первую пробу алкоголя не помнит. Употреблял его ситуационно, эпизодически. В течение последних 20-ти лет злоупотребляет алкоголем: 9 лет назад, после ухода на пенсию из армии, его прием стал систематическим, возникли «запои» до 2-х недель, со светлыми промежутками до месяца, а в течение последнего года пьет практически ежедневно. Стремится к употреблению спиртного, огорчается, если алкоголизация откладывается. Появилось предпочтение к крепким напиткам, водке, настойке боярышника. Возросли дозы потребляемого алкоголя: до 1 л. Крепких алкогольных напитков в сутки. Сформировался алкогольный абстинентный синдром: после прекращения приема спиртного возникали слабость, дрожь во всем теле, бессонница, подавленное, сниженное настроение, чувство вины. Описанные явления купировались приемом очередной дозы спиртного. На фоне трезвости стали преобладать подавленность, беспокойство, для достижения комфорта требовалось немного выпить. В течение последних лет постоянно высказывает идеи ревности, приходит к жене на работу, устраивает скандалы, однажды подрался с соседом по даче, так как считал, что жена изменила ему с ним. Увидев дома какие то бутылочки, начал обвинять жену в том, что она с помощью них занимается «сексуальными извращениями», при этом всячески оскорблял ее и других членов семьи. Неоднократно проявлял агрессию, бил жену и ее мать, выгонял их из дома, угрожал расправой. Ранее по поводу алкогольной зависимости в стационаре не лечился, последняя алкоголизация в день поступления. Со слов сына сегодня пытался повеситься и ранее так де предпринимал неоднократные суицидальные попытки в состоянии опьянения. Попытки носили ярко выраженные демонстративный характер: перед ними скандалил, кругом раскидывал предсмертные записки с обвинениями в адрес жены. В последнее время состояние пациента ухудшилось. Супруга вызвала бригаду СП, и пациент был доставлен в 5 отделение ОНД, госпитализирован в недобровольном порядке.

Психический статус: В отделение зашел самостоятельно. Сознание ясное. Правильно ориентирован в месте нахождения, времени и собственной личности. Внешне выглядит неопрятно. Речь громкая, ускоренного темпа. В беседу с врачом вступает неохотно, бездистантен, постоянно бранится в адрес жены и сына, угрожает им расправой. Врачу рассказывает, что жена ему постоянно изменяет с другими мужчинами, что занимается мастурбацией с помощью разных приспособлений, «уверен в этом, так как сам находил дома разные бутылочки и крема». Фон настроения снижен. Себя больным не считает, размеры пьянства всячески преуменьшает, необходимости в лечении не видит. На момент осмотра галлюцинации не обнаруживает. Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Составьте план реабилитации.

**Задача № 3**

Пациент М., молодой человек 18 лет, доставлен в отделение неотложных состояний наркологического диспансера бригадой скорой помощи.

Со слов врача "скорой помощи" соседи заметили пациента, который бегал голым по подъезду, бился головой о стены, представлялся комаром, мертвецом. Проживает с матерью, которой дома не оказалось.

Психический статус при поступлении: Правильно называет свое имя. Понимает, что находится в больнице, однако затрудняется назвать ее профиль. Не знает текущей даты, времени года. Внешне выглядит возбужденным, беспокойным, тревожным. Фиксирует свой взгляд на полу или на потолке, на собеседника не смотрит. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Во время разговора часто беспричинно плачет, затем успокаивается, извиняется. Разговаривает тихим голосом, речь быстрая, невнятная. Отвечает не в плане задаваемых вопросов, часто повторяет одни и те же слова, фразы. Говорит, что он "Бог Иисус, сам не знает почему". Удалось выяснить, что пациента давно (сколько времени - не знает) беспокоят "голоса" знакомые, женские, которые спрашивают его "почему он Иисус?", приказывают ему что-нибудь сделать. После нескольких вопросов о голосах вдруг перестает отвечать, хватается руками за голову, закрывает глаза, к чему-то прислушивается. Критика к своему состоянию отсутствует.

Сомато-неврологически: Кожные покровы бледно-серого цвета, сухие на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Зрачки равны, сужены. Фотореакция вялая. Сухожильные рефлексы равны, оживлены. Менингеальных знаков нет.

Удалось выяснить, что с 9 летнего возраста пациент жил в интернате, где с целью одурманивания злоупотреблял различными психоактивными веществами: бензином, ацетоном, клеем, героином, тареном, гашишем, димедролом и т.д. О злоупотреблении ПАВ в последнее время постоянно дает противоречивые сведения. Рассказал врачу о том, что собирает окурки от сигарет в подъезде. Отмечает, что с 16-17 лет слышит "голос приятеля Паши" внутри головы. Голос отдает ему различные приказы, говорит, что нужно сделать. Интенсивность голоса усиливается при разговоре самого больного. Наличие голоса связывает с тем, что в возрасте 11-12 лет употреблял "жареху" - коноплю, жаренную на растительном масле. Тогда в состоянии интоксикации пациент впервые испытал обманы восприятия в виде "того же самого голоса Паши". Кроме того, сообщил, что перед поступлением выпил две таблетки тарена и "съел около 20 весел жарехи".

Вопросы:

1. Интоксикационный психоз (конопля), острый галлюцинаторно-параноидный синдром с психомоторным возбуждением вследствие интоксикации каннабиоидами.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Опишите признаки синдрома отмены каннабиоидов.

**Вопросы для подготовки:**

1. Наиболее часто встречающиеся ургентные психические состояния в практике ВСП.
2. Острая реакция на тяжелый стресс. Клиника и неотложная помощь.
3. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и неотложная помощь.
4. Тяжелая реакция личности на свое заболевание. Клиника и неотложная помощь.
5. Расстройства адаптации. Клинические проявления и неотложная помощь.
6. Расстройства сознания. Признаки и неотложная помощь.
7. Эпилептическая реакция. Признаки и неотложная помощь.
8. Эпилептический синдром. Признаки и неотложная помощь.
9. Эпилептический статус. Признаки и неотложная помощь.
10. Психомоторное возбуждение. Признаки и неотложная помощь.
11. Алгоритм поведения врача при острых психических расстройствах.
12. Коммуникативные навыки при психологической поддержке и успокоения больных.
13. Правила мобилизации личности при психозах.
14. Коммуникативные навыки при установлении контакта с родными и близкими.
15. Юридические аспекты оказания недобровольной психиатрической помощи.
16. Взаимодействие с психиатрами и врачами общей практики.

**Модуль 3 Оказание экстренной помощи при острых психических расстройствах. Оказание неотложной помощи при психических расстройствах.**

**Тема 2** *Неотложные состояния, осложняющие течение психических заболеваний, алкоголизма, наркомании и токсикомании. Первая помощь ВСП.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Изменённые формы алкогольного опьянения.
2. Алкогольные психозы. Первая помощь.
3. Психозы при наркоманиях и токсикоманиях. Первая помощь.

**Тестовый контроль**

1. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя не допускается:
2. в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
3. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
4. при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий
5. после смерти пациента
6. К критериям синдрома зависимости по МКБ-10 относится:
7. абстинентный синдром
8. формирующаяся соматическая патология
9. деградация личности
10. антероградная амнезия
11. К критериям синдрома зависимости по МКБ-10 относится:
12. тенденция к уменьшению дозы употребляемого ПАВ
13. прогрессирующий отказ от альтернативных интересов в пользу употребления ПАВ
14. сохранная способность контролировать прием ПАВ
15. отказ от употребления при появлении доказательств вреда ПАВ для здоровья и межличностных отношений
16. К основным клиническим проявлениям алкоголизма относится все, кроме:
17. патологическое влечение к алкоголю
18. синдром отмены (ААС)
19. психоорганический синдром
20. синдром измененной реактивности
21. Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:
22. неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
23. неодолимая потребность больных продолжить выпивку после определенной дозы
24. потребность к употреблению алкоголя на фоне соматоневрологических и психических расстройств после алкогольного эксцесса
25. активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации
26. Вторичная форма патологического влечения к алкоголю, проявляющаяся симптомом «критической дозы» это:
27. неодолимое стремление продолжить употребление алкоголя после определенной для каждого конкретного больного дозы
28. неодолимое стремление к употреблению алкоголя после алкогольного эксцесса на фоне различного рода физических и психических расстройств
29. возникновения неодолимого влечения к алкоголю после употребления любой даже незначительной дозы
30. активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса
31. Синдром измененной реактивности не включает следующие характеристики:
32. изменение состояния острой интоксикации
33. появление состояния отмены
34. изменение толерантности
35. изменение формы потребления ПАВ
36. Для симптома снижения толерантности у больных алкоголизмом характерно все, кроме:
37. появление признаков опьянения при употреблении привычных доз алкоголя
38. переход на напитки с более низким содержанием алкоголя
39. снижения памяти
40. снижения разовой дозы алкоголя при сохранении суточной
41. Наличие палимпсестов в состоянии опьянения у больных алкоголизмом наиболее характерно:
42. для 2-3 ст. заболевания
43. для 1 ст. заболевания
44. для 3 ст. заболевания
45. для 2 ст. заболевания
46. Для алкогольных палимпсестов характерно:
47. лакунарность, фрагментарность амнестических расстройств
48. отсутствие связи с алкогольным эксцессом
49. преимущественное появление в 3 ст. алкоголизма
50. выраженные нарушения моторики
51. Для алкогольной деградации с эйфорической установкой (по Е. Блейлеру) характерно все, кроме:
52. резкое снижение критики к своему состоянию
53. фиксационной амнезии
54. чрезмерная откровенность с окружающими вплоть до обнаженности
55. шутливый тон и изобилие шаблонных оборотов речи
56. Для алкогольной деградации с аспонтанностью характерно:
57. постоянное присутствие раздражительности
58. назойливая откровенность, стремление очернить окружающих
59. вялость, пассивность, снижение побуждений, склонность к паразитическому образу жизни
60. замкнутость, отгороженность
61. Легкая степень острой алкогольной интоксикации характеризуется:
62. замедлением ассоциативного процесса
63. появлением психосенсорных расстройств
64. отсутствием сознания
65. ощущением психического и физического комфорта, повышением речедвигательной активности
66. Для средней степени острой алкогольной интоксикации характерно:
67. функциональные нарушение моторики, замедление и затруднение ассоциативного процесса
68. фиксационная амнезия
69. непроизвольное мочеиспускание;
70. выраженные соматические расстройства
71. Тяжелая степень острой алкогольной интоксикации определяется:
72. алекситимией
73. снижением тонуса сердечно-сосудистой системы, вестибулярными расстройствами
74. болезненным психическим бесчувствием
75. ощущением психического и физического комфорта
76. Для алкогольной комы характерно:
77. бледность кожного покрова, снижение тонуса сердечно-сосудистой системы
78. повышение тонуса сердечно-сосудистой системы
79. нарушение сознания, понижение температуры тела и появление цианоза, резкое снижение мышечного тонуса
80. двигательное возбуждение
81. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного (острой алкогольной интоксикации) опьянения характеризуется:
82. моторной заторможенностью
83. состоянием напряженности, сопровождаемой недовольством, угрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой
84. придирчивостью с агрессивностью
85. преобладанием подавленного настроения
86. Для истерического варианта измененного простого алкогольного опьянения (острой алкогольной интоксикации) свойственно:
87. театральность и демонстративность поведения
88. агрессивность
89. подозрительность к окружающим
90. отсутствие сознания
91. Для депрессивного варианта измененного простого алкогольного опьянения (острой алкогольной интоксикации) характерно:
92. тоскливо-злобное настроение
93. преобладание подавленного настроения различной выраженности и оттенков
94. моторная заторможенность
95. выраженная эйфория
96. Для 2 стадии (развернутой алкоголизма) характерно:
97. присутствие тотальных амнезий
98. формирование алкогольной деградации
99. появление развернутого абстинентного синдрома
100. формирование истинных запоев
101. Формирование состояния отмены свидетельствует о становлении:
102. начальной стадии наркомании
103. конечной стадии наркомании
104. синдрома измененной реактивности
105. синдрома физической зависимости; средней стадии наркомании
106. Для синдрома отмены при амфетаминовой наркомании наиболее характерно:
107. развитие острой депрессии с суицидальными тенденциями
108. повышенная утомляемость, раздражительность
109. сонливость при отсутствии сна
110. стойкое отсутствие аппетита
111. Синдром отмены при зависимости от препаратов кофеина не выражается:
112. судорожными подергиваниями икроножных мышц, дрожанием языка, губ, пальцев рук
113. гипертензией
114. бессонницей, кошмарными сновидениями
115. головными болями, головокружением
116. Для состояния отмены, возникающего при лишении кустарно приготовленных (суррогатов) препаратов опия, характерно все, кроме:
117. появление симптомов отмены через 5-7 часов после лишения препарата
118. нарастание всех симптомов лавинообразно и достижение пика их интенсивности к концу первых суток
119. эмоционального подьема
120. появление алгических и диспептических расстройств, практически одновременно с ознобом, насморком, потливостью
121. Состояние отмены при барбитуровой наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме:
122. дисфорического аффекта;
123. гиперрефлексии с мышечной гипертензией и мелким тремором
124. подъема АД с последующей гипотензией вплоть до коллапсов
125. состояния физического и психического благополучия
126. Признаками передозировки барбитуратов являются:
127. резкое падение АД, учащение пульса, частое, поверхностное дыхание
128. учащение пульса, падение АД, гиперрефлексия
129. частое поверхностное дыхание, цианоз
130. гиперрефлексия и резкое падение АД
131. К наиболее выраженным психопатологическим эффектам острой интоксикации галлюциногенами относятся:
132. стеничности
133. нетерпеливости, подчиняемости
134. тревожности
135. ипохондричности
136. В динамике состояния острой интоксикации летучими органическими соединениями могут помочь следующие признаки:
137. болезненная бледность
138. быстрая утомляемость, снижение успеваемости
139. раздражительность, эпизоды неадекватного поведения, «странного вида», появление специфического химического запаха
140. резкое повышение аппетита, постоянное чувство голода
141. К признакам острой интоксикации опиатами относят все, кроме:
142. миоза с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет
143. брадипное и тахипное
144. зуда кожи лица
145. желтухи
146. Клиническая картина острого отравления опиатами характеризуется всем перечисленным, кроме:
147. эмоционального подьема
148. угнетения ЦНС от стадии засыпания до расстройства сознания в виде комы
149. сужения зрачков (симптом «точки») со снижением или полным отсутствием реакции на свет
150. угнетения дыхания до брадипноэ с частотой до 4-6 в минуту или полной его остановкой
151. Для диагностики состояния острой интоксикации каннабиноидами значимыми являются следующие признаки, кроме:
152. расширения зрачков и инъецированности сосудов склер
153. физического благополучия
154. выраженной сухости видимых слизистых
155. резкого колебания эмоционального фона
156. Состояние острой интоксикации кокаином проявляется все, кроме:
157. повышенного настроения с ощущением прилива энергии
158. ощущения интеллектуального подъема
159. гипергликемии
160. гиперактивности
161. При острой интоксикации смерть наиболее вероятно наступает при концентрации алкоголя в крови:
162. 400 – 500 мг %;
163. 300 – 400 мг %
164. 200 – 300 мг %
165. 500 – 600 мг %;
166. Юридическим документом, регламентирующим использование лекарственных средств в клинической практике является:
167. инструкция по применению лекарственных средств
168. руководство (справочник) по применению лекарственных средств;
169. методические рекомендации
170. памятка по применению лекарственных средств
171. Освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения может осуществляться:
172. врачом скорой помощи
173. врачом психиатром-наркологом наркодиспансера; фельдшером ФАП, прошедшим специальную подготовку
174. инспектором ГИБДД (ГАИ)
175. любым дежурным врачом больницы
176. Предварительный этап лечения больных с зависимостью от ПАВ включает все, кроме:
177. проведения дезинтоксикационной терапии
178. купирования состояния отмены
179. коронарного шунтирования
180. коррекции поведения больного
181. Правила купирования передозировки летучими органическими соединениями на догоспитальном этапе исключают:
182. проведение гипервентиляции легких с подачей кислорода
183. введение кардиотонических средства
184. оказание первой помощи на месте, непосредственно в машине скорой помощи
185. проведение форсированного диуреза

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Пациентка В., женщина 30 лет, поступила в отделение неотложных состояний наркологического диспансера. Была доставлена бригадой скорой помощи. Поступает впервые в жизни. Ранее по поводу алкоголизма нигде не лечилась, за помощью не обращалась.

Анамнез жизни и заболевания (со слов больной и родственников):

Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом родителей и родной сестры. Родилась 1-ым ребенком в семье. Течение беременности и родов у матери без патологии. Имеет младшую сестру, вместе с которой неоднократно злоупотребляла алкоголем.

Травм, операций, переливаний крови не было. Туберкулез, вен. Заболевания, гепатит отрицает. Аллергических реакций не отмечает.

С семи лет пошла в школу, успешно закончила ее. С детства характеризуется «доброй, спокойной, покладистой». После 8 класса поступила в торгово-кулинарное училище. Окончив его, получила специальность контролера - кассира. Непродолжительное время работала продавцом в магазине, вела самостоятельный образ жизни. В возрасте 17 лет родила девочку вне брака.

В возрасте 19 лет, впервые вышла замуж. "Во время сватовства" впервые попробовала алкоголь, выпила около 50 г водки, после чего спиртные напитки не употребляла. Муж алкоголем не злоупотреблял. От брака имеет еще двоих детей: девочку 9 лет и сына 6 лет. После декретного отпуска, в течение последних девяти лет, нигде не работает.

В 1993 году на 39 году жизни умерла мать больной от сердечного заболевания. Через 2 года после смерти матери умер отец в возрасте 42 лет от рака щитовидной железы. Очень сильно переживала смерть родителей, но к алкоголю не прибегала.

Еще через три года во время работы трагически погиб муж (попал под машину). После этого случая "во время ужина стала выпивать по 1-2 рюмочки водки". Злоупотребление спиртными напитками сразу стало носить систематический характер, сформировался запойный ритм пьянства. Запои продолжительные, до 2-4 недель с короткими светлыми промежутками до 5 дней. Среднесуточная толерантность составляла до 0,5 л водки. В возрасте 27 лет сформировался алкогольный абстинентный синдром, который проявлялся при отмене алкоголя в виде сухости во рту, головокружения, головной боли, снижения аппетита.

В это время перестала заниматься и следить за детьми, большую часть времени проводила в кругу малознакомых людей. В дальнейшем дозы спиртных напитков, в т.ч. кустарного алкоголя быстро возросли до 1 л в сутки. Светлые промежутки сократились до 2 дней. Злоупотребление алкоголем длительное время протекало по типу псевдозапойного пьянства. Около года назад появилось "чувство онемения", а затем, и "простреливающие боли" в нижних конечностях, испытывала трудности при ходьбе. Передвигалась с посторонней помощью. Появилось отвращение к еде, особенно жирной, беспокоили боли в области желудка, появилась рвота. "Решила похудеть и составила свою диету", исключила "сало и свинину" из рациона. За последние 6 месяцев сильно похудела (с 90 до 56 кг).

Последний запой продолжался в течение месяца. Последний прием алкоголя 28 марта (за 6 дней до поступления), после чего появилась рвота, перестала самостоятельно передвигаться, спать по ночам. Стала тревожной, видела "надписи" на стене. На второй день "с кем-то разговаривала", смеялась, перестала понимать, где находится. Неоднократно вызывалась бригада скорой помощи, но в госпитализации было отказано. 4 апреля в очередной раз вызвали машину скорой помощи. В тяжелом состоянии больная была доставлена в отделение наркологического диспансера.

При поступлении сознание нарушено. Продуктивному контакту практически не доступна. Самостоятельно не передвигается, находится на носилках. Бормочет невнятные слова, обирается, озирается по сторонам. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются единичные хрипы в нижних отделах. Сердечные тоны ритмичные, тахикардия с ЧСС 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень увеличена, на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание непроизвольное. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки D=S, умеренно расширены, фотореакция вялая. Движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок кнаружи. Отмечается выраженный генерализованный тремор. Мышечный тонус в покое ослабленный. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног угнетены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова тактика лечения данного случая?

**Задача № 2**

На консультацию к профессору, психиатру-наркологу обратился П., 45 лет. Он рассказал, что нуждается в консультации, по поводу обстоятельств совершенного им правонарушения.

2 недели тому назад, возвращаясь поздно ночью домой из загородной поездки, совершил наезд на женщину, которая скончалась на месте. Улица была плохо освещена. Скорость движения его автомобиля была 40 км/час (это выяснили сотрудники ГАИ по тормозному пути, который был тщательно проанализирован). При обследовании выдыхаемого воздуха было обнаружено 0,6мг/л алкоголя. П. настаивал на проведении ему клинического обследования на предмет наличия алкоголя в организме, в т.ч. заборе крови. В этом ему было отказано, а дело передано в суд. П. выплатил родственникам погибшей 160 тыс. руб. (Она оказалась инв. II гр. По психическому заболеванию (олигофрения). В это время она возвращалась домой из псих. Больницы). Но это сумма их неустраивает, они настаивают на 5 млн. руб., чтобы забрать дело из судебных инстанций.

Вопросы:

1. Какие нормативные акты существуют для проведения освидетельствования лиц, находящихся (или не находящихся) в состоянии опьянения?
2. На основании каких документов проводится экспертиза алкогольного опьянения?
3. Что является основой медицинского заключения и какие лабораторные исследования проводятся при освидетельствовании?
4. Какой степени алкогольного опьянения соответствуют данное описание?
5. Сформулируйте понятие «отравление» и как они кодируются в МКБ-10?

**Вопросы для подготовки:**

1. Измененно-осложненные формы опьянения, оказание медицинской помощи ВСП.
2. Абстинентные расстройства, оказание медицинской помощи ВСП.
3. Белая горячка, оказание медицинской помощи ВСП.
4. Патологическое алкогольное опьянение. Тактика ВСП.
5. Острые психозы с возбуждением, оказание медицинской помощи ВСП.
6. Острые стадии энцефалопатических психозов, оказание медицинской помощи ВСП.
7. Юридические аспекты оказания медицинской помощи ВСП.
8. Тактика поведения ВСП в обеспечении наркологической помощи.
9. Симптомы опьянения и передозировок при употреблении наркотиков различных групп.
10. Неотложная помощь при других острых состояниях: психотическое опьянение, наркоманический абстинентный синдром, острый наркоманический психоз.
11. Тактика взаимодействия ВСП с наркологами и врачами общей практики.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **Проверка**  **практических навыков** | Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у ординаторов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки ординаторов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

(зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Понятие «пограничные психические расстройства» (F4, F5, F6).
2. Медицинские и юридические критерии психогенных психических расстройств.
3. Классификация психических заболеваний и состояний пограничных психических расстройств.
4. Стресс. Сигналы патогенности стресса.
5. Острые реакции на тяжелый стресс.
6. Посттравматическое стрессовое расстройство.
7. Хронические изменения личности после тяжелых стрессов.
8. Расстройства адаптации.
9. Соматоформные и соматизированные расстройства как разновидность невротических нарушений.
10. Понятие о классических неврозах, их виды.
11. Психосоматические заболевания и психогении.
12. Особенности психических нарушений при отдельных группах соматических заболеваний: органов дыхания, печени, сердца и сосудов, почек; при опухолях, эндокринопатиях, очаговых и системных инфекциях.
13. Организация помощи больным с пограничными расстройствами.
14. Общие сведения о лечении пограничных психических расстройств.
15. Общие сведения о реабилитации при пограничных психических расстройствах.
16. Неотложная помощь больным с острыми соматогенными расстройствами.
17. Тактика взаимодействия врачей скорой помощи с психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами.
18. Основные принципы психофармакотерапии.
19. Классификации психофармакологических препаратов.
20. Общие закономерности клинического действия психотропных средств.
21. Механизм действия и спектр психотропной активности препаратов различных классов.
22. Побочные эффекты и осложнения при лечении психотропными препаратами.
23. Основные группы лекарственных средств для оказания неотложной помощи при психических и наркологических неотложных состояниях.
24. Наиболее часто встречающиеся ургентные психические состояния в практике ВСП.
25. Острая реакция на тяжелый стресс. Клиника и неотложная помощь.
26. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клиника и неотложная помощь.
27. Тяжелая реакция личности на свое заболевание. Клиника и неотложная помощь.
28. Расстройства адаптации. Клинические проявления и неотложная помощь.
29. Расстройства сознания. Признаки и неотложная помощь.
30. Эпилептическая реакция. Признаки и неотложная помощь.
31. Эпилептический синдром. Признаки и неотложная помощь.
32. Эпилептический статус. Признаки и неотложная помощь.
33. Психомоторное возбуждение. Признаки и неотложная помощь.
34. Алгоритм поведения врача при острых психических расстройствах.
35. Коммуникативные навыки при психологической поддержке и успокоения больных.
36. Правила мобилизации личности при психозах.
37. Коммуникативные навыки при установлении контакта с родными и близкими.
38. Юридические аспекты оказания недобровольной психиатрической помощи.
39. Взаимодействие с психиатрами и врачами общей практики.
40. Измененно-осложненные формы опьянения, оказание медицинской помощи ВСП.
41. Абстинентные расстройства, оказание медицинской помощи ВСП.
42. Белая горячка, оказание медицинской помощи ВСП.
43. Патологическое алкогольное опьянение. Тактика ВСП.
44. Острые психозы с возбуждением, оказание медицинской помощи ВСП.
45. Острые стадии энцефалопатических психозов, оказание медицинской помощи ВСП.
46. Юридические аспекты оказания медицинской помощи ВСП.
47. Тактика поведения ВСП в обеспечении наркологической помощи.
48. Симптомы опьянения и передозировок при употреблении наркотиков различных групп.
49. Неотложная помощь при других острых состояниях: психотическое опьянение, наркоманический абстинентный синдром, острый наркоманический психоз.
50. Тактика взаимодействия ВСП с наркологами и врачами общей практики.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(приводятся типовые практические задания, упражнения, ситуационные задачи, манипуляционные упражнения и т.п., направленные на проверку каждого из указанных в рабочей программе дисциплины умения и навыка* ***с эталонами решения типовых практических заданий*.)**

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная Н., 10 лет. Диагноз: бронхиальная астма. Ни на шаг не отпускает свою маму. Боится, что как только она останется одна, с ней случится приступ. Постоянно думает о своем заболевании. Постоянный страх девочки перед приступами мешает ей нормально учиться, общаться с друзьями.

Вопросы:

1. Определите тип отношения к болезни у данной больной.
2. Дайте характеристику типа отношения к болезни у данной больной.
3. Какие методы психологического воздействия можно использовать?
4. Какие заболевания входят в «чикагскую семерку»?
5. К какому патопсихологическому симптомокомплексу относятся психосоматические расстройства?

**Задача № 2**

Девочка 10 лет стала отказываться от приема практически любой пищи, вскоре у нее появились клинические симптомы истощения. Каждый прием пищи становился поводом для бурных сцен, завершавшимися проглатыванием нескольких кусочков пищи. Общеукрепляющее лечение у педиатра не дало никакого результата. До возникновения данного состояния пациентка обычно принимала пищу вместе с мамой и двухлетней младшей сестрой, которую кормила няня под пристальным наблюдением матери. У пациентки регулярно появлялось желание переключить во время процесса еды внимание матери и няни с кормления младшей сестры на себя. Девочка понимала, что тем самым пытается отнять любовь матери и няни к младшей сестре, и хотела сама получать их любовь. Это вызывало у нее чувство вины. Кроме того, она испытывала сильную злость на родителей за то, что они очень много внимания уделяют ее сестре и совершенно недостаточно самой пациентке. По рекомендации психиатра родители стали обедать вместе со старшей дочерью (пациенткой) в ресторане, подчеркивая при этом, что посещение ресторана доступно только старшим по возрасту детям. Отказы от приема пищи прекратились после этого практически сразу.

Вопросы:

1. Какое заболевание возникло у ребенка?
2. Какая эмоция чувство могло сыграть роль в развитии данного заболевания?
3. Какая неудовлетворенная потребность пациентки, способствовала развитию заболевания?
4. Какие еще психологические факторы играли роль в развитии данного заболевания?
5. К какому классу заболеваний по МКБ -10 относится нервная анорексия?

**Задача № 3**

Пациентка 25 лет обратилась на консультацию к клиническому психологу. Месяц назад у пациентки умерла мать от хронического сердечного заболевания. Психическими заболеваниями родственники не страдали.

Пациентку беспокоят: сниженное настроение, тревога, беспокойство. Больная с трудом справляется с ситуацией утраты, не может приспособиться к новому состоянию, стала раздражительной испытывает трудности концентрации внимания не может выполнять ранее привычные обязанности, появились внезапные приступы плача и трудность засыпания.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какое вероятное состояние испытывает пациент?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

**Задача № 4**

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

Вопросы:

1. Определите, исходя из теоретических основ психосоматической медицины, какое расстройство (состояние) описано в данной задаче?
2. Какая модель возникновения психосоматического симптома объясняет возникновение данного расстройства?
3. Что могло стать пусковым механизмом патологического процесса и начальной стадии его развития?
4. Какой метод лечения может быть использован для лечения данного расстройства?
5. Определите наличие либо отсутствие у пациентки признаков конверсионного расстройства?

**Задача № 5**

Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 55 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 59 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала «пропавшие» вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Задача № 6**

Больной Ш., 60 лет. Находится на стационарном лечении. Доставлен бригадой СП. Бригаду СП вызвала жена, так как пациент высказывал угрозы в адрес жены, избивал ее, говорил, что они умрут вместе, обвинял ее в изменах, перестал спать ночами, следил за ней.

Пациент родился в поселке, в многодетной семье четвертым- последним ребенком. Родители работали в колхозе. Алкоголем отец н е злоупотреблял. Употреблял спиртное только по праздникам, в компаниях. Со слов жены пациента его отец по характеру был назойливым, уверенным в себе, легко мог вывести собеседника из себя. В состоянии алкогольной интоксикации становился грубым, начинал скандалить, высказывал идеи ревности. Сам пациент такие характеристики отрицает. Мать по характеру была мягкой, доброжелательной, уступчивой женщиной. Родители больного умерли в старческом возрасте. Два брата пациента злоупотребляли алкоголем, средний уже умер от заболевания легких, старший брат жив и до сих пор злоупотребляет алкоголем. Раннее развитие пациента без особенностей. В детстве болел простудными заболеваниями. В школу пошел с 8 лет, учился хорошо, но особого интереса к учебе не проявлял, хобби не было. Основное время дня проводил вместе с приятелями- «улица, одно было увлечение». Лидером никогда не был, но к его мнению в компании всегда прислушивались, пользовался уважением среди своих сверстников. Особое внимание к воспитанию пациента родители не проявляли – «сыт, одет да обут, вот и весь родительский контроль». С 8 класса пациент начал встречаться со своей будущей женой. Окончив 9 классов, пациент уехал к сестре в Душанбе и там в вечерней школе окончил 10 и 11 классы и в профессионально- техническом училище получил специальность электрика. В это время появились увлечения, которые отличались разнообразием, начал заниматься боксом и парашютным спортом. В 19 лет был призван на службу в армии, служил в течение 2 лет в воздушно-десантных войсках в Дагестане. Во время службы в армии увеличилась кратность и дозы принимаемого спиртного. После службы в армии поступил в Харьковское пожарное училище, где учился в течение года, бросил обучение, так как не справлялся с учебой и пропускал занятия из-за частой алкоголизации. Алкогольный анамнез: в последнее 5-7 лет алкоголизировался по 2-3 дня, для «снятия напряжения, усталости, когда понервничает», алкоголь действовал расслабляюще, частично не помнил, что происходило в состоянии опьянения, но всегда приходил домой. Употребление происходило в количестве от 200 до 300 мл водки или самогонки. На следующей день «чувствовал себя отвратительно: мутило, трясло, голова была тяжелой, подташнивало, хотелось опохмелиться». Опохмеление приносило облегчение, но появлялось желание «выпить еще и еще». В последние 2-3 года стал ревновать жену, предъявлял ей претензии в неверном поведении; на этой почве часто стали ссориться. Последнее употребление длилось в течение 5 дней после того как ушел на пенсию и решил «отпраздновать». В опьянении (со слов жены) раздражительный, придирчивый, высказывал нелепые предположения о ее неверности (занята домом, внуками, практически не бывает одна).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 7**

Больной З., 23 года.

Не работает

Жалобы на боли в мышцах, суставах, озноб, слезоточение, насморк. Поступал впервые, по собственному желанию.

Анализ: Родился от 1-й беременности, нормальные роды, без

осложнений. Рос и развивался соответственно возрасту, посещал детский сад, от сверстников не отставал, был достаточно уравновешенным.

Мать: инженер, пенсионерка по возрасту, алкоголем не злоупотребляла, характер добрый, спокойный.

Отец: военнослужащий, характер строгий, жесткий, алкоголь

употребляет умеренно.

Ранний период детства у пациента прошел без особенностей, болел детскими инфекциями, больше тяготел к отцу однако и с матерью отношения были хорошими.

В школу ходил с 7 лет, учился средне, интереса к учебе не проявлял, на уроки времени тратил мало, в основном получал оценки 3 и 4. Не может выделить предметы, которые нравились больше других или которые давались ему с трудом.

В старших классах часто пропускал занятия, бывали мелкие конфликты с преподавателями. Свободное время проводил с друзьями на улице, занимался спортом (бокс, футбол, баскетбол), но нерегулярно, «для себя». Ни в одном из видов спорта не достиг сколько-нибудь заметных результатов.

После 10 класса поступил в автодорожный техникум, закончил его. В время учебы в техникуме начал регулярно курить, до этого «баловался». Часто употреблял спиртное в компании. Мог выпить до 500 мл водки, повышения толерантности не отмечалось, не «похмелялся», абстинентные явления отрицает. При употреблении спиртного эйфории не испытывал, но, по словам пациента, немного улучшалось настроения. В армии не служил- «заплатил, договорился».

В 2004-2005 отбывал наказание в ИТУ за разбой. Считает что попал туда случайно- «пьяные были, наделали глупостей». После освобождения круг общения практически полностью состоял из криминальных элементов, занимался нелегальным бизнесом.

В конце 2006 впервые попробовал «ханку» - «друзья предложили». Ввел 0,2 г внутривенно, при этом испытал состояние блаженства, спокойствия, прилив сил. Пережитое состояние понравилось, через несколько дней повторил введение, сразу после этого начал наркотизироваться. Вначале ощущал психическую зависимость- «все мысли крутились только о наркотике», а через 1,5-2 месяца при отсутствия наркотика начал испытывать боли в мышцах, суставах, бессонницу. В этот же период начал повышать дозу, так как прежние уже не приносили чувства эйфории. Летом 2007 перешел на употребление героина, т.к. « с ним удобнее, меньше возни, кайф больше». При употреблении героина вначале испытывал эйфорию, а затем только приятное состояние спокойствия, гармонии с окружающим миром. К октябрю 2007 года совершенно исчез эйфорицирующий эффект, делал инъекции только для того «чтобы быть в рабочем состоянии». Постепенно повышал дозу героина, довёл её до 4,5 г. сухого в-ва в сутки. Вводил внутривенно, дозу делил на 3-4 приёма.

Трижды были передозировки героина, с потерей сознания, остановкой дыхания. К врачам не обращался - «друзья откачивали». Для инъекций всегда использовал только индивидуальные шприцы и иглы. Инфекционными болезнями не болен. Аллергических реакций на медикаменты не было. В последнее время стал чувствовать слабость, утомляемость, начал худеть, были обмороки.

Соматический статус:

Состояние средней тяжести. Кожа сероватого цвета, влажная. Правильного телосложения, пониженного питания. На локтевых сгибах, кистях рук, бёдрах и голенях многочисленные следы от инъекций, «дорожки». В легких дыхание везикулярное, ЧД - 18. Тоны сердца ритмичные, АД 130/80, ЧС-88.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное, синдром Пастернацкого отрицателен. Стул не нарушен.

Неврологический статус:

Зрачки округлой формы, слегка расширены, D=S, фотореакция сохранена, конвергенция и аккомодация не нарушены.

Лицо симметричное, язык по средней линии. Рефлексы живые D=S. В позе Ромберга устойчив, выражен тремор рук. Очаговой и менингиальной симптоматики нет.

Психический статус: Сознание не расстроено, ориентирован в месте, времени, собственной личности. Выражение лица страдальческое, на месте не удерживается, встает, ходит по комнате, просит быстрее ему помочь, быстро устаёт в процессе беседы, снижается концентрация внимания, переспрашивает вопросы, отвечает после паузы. Смысл вопросов понимает, в ответах часто противоречит сам себе, неоткровенен, пытается подчеркнуть вину других людей в тех неприятностях, которые с ним происходят. Мышление последовательное, сокращена способность к анализу, синтезу, абстрагированию, пониманию юмора. Запас основных сведений и понятий соответствует возрасту, образовательному и культурному уровню, словарный запас достаточный, речь громкая, небогата по разнообразию построения фраз.

Настроение снижено, легко раздражается, память не нарушена. Бреда и галлюцинаций нет. Критика к заболеванию снижена.

Обследование:

ОАК, ОАМ, кровь на RW, ВИЧ, Hbs- без патологий.

Окулист: патологии не выявлено.

Невропатолог: жалобы и синдромы обусловлены абстинентными

расстройствами.

Терапевт: патологий со стороны внутренних органов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 8**

Больной А., 49 лет.

Повод для обращения за госпитализацией – неадекватное поведение. За помощью обратилась двоюродная сестра пациента вследствие его неадекватного поведения, которое заключалось в том, что в течение недели перед поступлением он был агрессивен, много выпивал, конфликтовал с родственниками, «подозревал их в том, что они хотят его выселить, лишить квартиры». Доставлен в ОПБ психиатрической бригадой скорой помощи.

Первичный осмотр психиатра: Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Беседует охотно, немного жестикулирует, движения быстрые, несколько суетливые. В общении добродушен, охотно разговаривает на различные темы. О себе рассказывает избирательно, почти не раскрывает причин госпитализации в психиатрический стационар. Высказывает отдельные идеи отношения, заявляет, что его «хотят выселить из квартиры родственники». Внимание крайне неустойчиво, речевой напор, речь ускорена по темпу. Мышление формальное. Обманов восприятия не обнаруживает. Критики к своему состоянию нет.

Соматический статус: В анамнезе артериальная гипертензия 2 стадии. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 110/90 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: Зрачки D=S, равны, реакция на свет

сохранена. Лицо симметричное. Рефлексы с конечностей D=S, без патологии. Менингеальных знаков нет.

Дневник.

1 день. Общее состояние больного удовлетворительное, жалобы на бессонницу - три раза просыпался посреди ночи, гулял по отделению. Настроение несколько подавленное, со слов больного «из-за погоды». Мышление малопродуктивное, паралогичное с частыми соскальзываниями, обстоятельное. Внимание неустойчивое.

2 день. Общее состояние больного удовлетворительное, жалобы на плохой сон. Настроение ровное, изменений в психическом статусе нет. Пациент искренне радуется подаренной ему книги, с удовольствием читает её вслух окружающим. Продолжает назначенное лечение.

3 день. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Настроение ровное, изменений в психическом статусе нет. Пациент рад встрече, читает стихи. Тахифрения, речевой напор, соскальзывания вплоть до разорванности мышления. Не способен исключить четвертый лишний предмет из представленных наборов.

4 день. Жалоб активных не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Доволен, что нашёл среди пациентов «слушателей». Соматическое состояние без изменений. Лечение продолжает получать.

5 день. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Речь ускоренная. Пытается предложить свою помощь при уборке территории больницы. Критики к состоянию нет.

Анамнез жизни (anamnesis vite): Родился доношенным ребенком в срок. Единственный ребёнок у матери. Детских заболеваний не помнит. Последние пять-шесть лет отмечает периодические подъемы артериального давления до максимальных цифр 210/140 мм. рт. ст., сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах, мельканием мушек. Обычными для себя считает цифры АД 130/80 мм. рт. ст. Мать пациент помнит плохо, так как она большую часть времени проводила на стационарном лечении в этой же больнице (со слов больного, страдала шизофренией). Умерла, когда пациенту было 10 лет, причину смерти матери не знает. Родители развелись, когда пациенту было три года. Отца не знает. Воспитывали больного бабушка и дедушка со стороны матери.

В школу пошел в 7 лет, любил математику, физику, геометрию, химию, по другим предметам получал «тройки» и «двойки». После школы с друзьями «ходил пить водку», на следующее утро «болел с похмелья». В компании проявлял стремление к лидерству, был «заводилой». Во время драк испытывал физический страх боли. Бабушка воспитывала внука не очень строго, физических наказаний не применяла. Объектом для подражания был родной дядя пациента, инженер-строитель, который впоследствии повлиял на выбор профессии. После окончания 10 классов поступил в строительный техникум. В техникуме учился хорошо, свою будущую профессию любил.

Стремился быть в коллективе, старался поддерживать с людьми хорошие отношения, однако с трудом контролировал чувство гнева. Старался доверять людям. «Я человеку верю до трех раз: раз меня обманет - прощу, второй раз обманет - прощу, третий обманет - я уже буду думать, что он за человек». Пациент был поглощен работой, настроение преобладало хорошее, оптимистическое. В общении с девушками были трудности, но о причинах этих трудностей пациент не рассказывает.

Начал работать с 20 лет по специальности, работа нравилась, в трудовом коллективе отношения были хорошие. В армии не служил по причине плоскостопия. После первой госпитализации в психиатрический стационар в 1994 году многократно менял место работы: работал продавцом в хлебном магазине, дворником, мыл подъезды.

Личная жизнь. В браке не состоял, сначала (до 26 лет) считал «что еще рано», а после 1994 года не женился, со слов больного - «что толку дураков плодить?». Постоянного сексуального партнера не имел, к теме секса отношение настороженное, обсуждать отказывается.

Социальная жизнь. Криминальных поступков не совершал, к суду не привлекался. Наркотики не употреблял. Курит с 15 лет, в последнее время - по 1 пачке в день. До госпитализации активно употреблял алкоголь. Проживал один. Конфликтовал с двоюродными сестрами. Последний стресс - ссора с двоюродной сестрой и дядей перед госпитализацией по поводу квартиры, переживает до сих пор. В больнице пациента никто не посещает, родственники просят врачей не давать ему возможности звонить домой.

Заключение о преморбидной типологии личности. Наследственность отягощена шизофренией со стороны матери, что даёт предрасположенность к развитию психического расстройства у данного пациента.

Перенесённых заболеваний в детстве, юности не имеет.

Анамнез заболевания (anamnesis morbi): В 1994 году во время работы мастером на строительстве объекта испытывал выраженное чувство вины, доходящее до суицидальных мыслей в связи с тем, что его заработная плата была выше, чем у коллег, в то время как обязанности менее обременительны (по его мнению). Однако до попыток суицида дело не дошло - останавливала любовь и привязанность к бабушке.

Пациент считает себя больным с 1994 г., когда впервые попал в психиатрический стационар. Это произошло в городе Сургут, куда больной приехал «на заработки». У него кончились деньги, и чтобы купить билет домой, он хотел продать свою черную кожаную сумку, однако на рынке ее никто не купил. Идя по улице, у него появилось ощущение, что его преследуют, он «увидел» троих мужчин, которые «следили за ним, хотели отобрать сумку». Испугавшись, больной побежал к милицейскому участку и нажал кнопку вызова милиционера. Появившийся сержант милиции слежки

не заметил, велел пациенту успокоиться и вернулся в отделение. После четвертого вызова милиции больного забрали в отделение и «стали бить». Это послужило толчком для начала аффективного приступа — пациент начал драться, кричать.

Вызванная психиатрическая бригада доставила больного в стационар. По дороге он дрался также с санитаром. В психиатрической больнице г. Сургуте он пробыл полгода, после чего «самостоятельно» (по мнению больного) отправился в Орск. На вокзале пациента встречала бригада скорой помощи, доставившая его в областную психиатрическую больницу, где он пробыл еще год. Из препаратов, которыми проводилось лечение, пациент помнит один аминазин.

Со слов пациента, после выписки из стационара «много пил, иногда был перебор». Следующие госпитализации в стационар - в 1995 году. Со слов пациента, во время одного из конфликтов с дядей он в порыве гнева заявил ему: «А можно и топориком по голове!». Дядя очень испугался и потому «лишил меня прописки». После пациент очень жалел о сказанных словах, раскаивался. Пациент считает, что именно конфликты с родственниками являлись причиной последующих госпитализаций.

Психический статус. Пациент легко вступает в контакт, словоохотлив, улыбчив. Сознание ясное. Ориентирован в месте, времени и собственной личности. Во время беседы смотрит на собеседника, проявляя интерес к разговору, немного жестикулирует, движения быстрые, несколько суетливые. С врачом в общении приветлив, охотно разговаривает на различные темы, касающиеся его родственников, отзывается о них положительно, кроме дяди, с которого в детстве брал пример и которым восхищался, но в дальнейшем стал подозревать в плохом отношении к себе, стремлении лишить его жилплощади. О себе рассказывает избирательно, почти не раскрывает причин госпитализации в психиатрический стационар. В течение дня читает, пишет стихи, поддерживает хорошие отношения с другими пациентами, помогает персоналу в работе с ними.

Расстройств восприятия в настоящий момент не выявлено. Настроение ровное, в процессе беседы улыбается, говорит, что чувствует себя хорошо. Речь ускорена, многословна, артикулирована правильно, грамматически фразы выстроены верно. Спонтанно продолжает беседу, соскальзывая на посторонние темы, обстоятельно их развивая, но, не отвечая на заданный вопрос. Мышление характеризуется обстоятельностью (масса малозначимых подробностей, деталей, не относящихся к непосредственно заданному вопросу, ответы пространны), соскальзываниями, актуализацией второстепенных признаков. Например, на вопрос «Почему дядя хотел лишить Вас прописки?» — отвечает: «Да, он хотел убрать мой штамп в паспорте. Ты знаешь, штамп прописки, он такой, прямоугольный. А у тебя какой? Первая прописка у меня была в ... году по ... адресу». Для ассоциативного процесса характерна паралогичность (так, например, задание «исключение четвертого лишнего» из списка «лодка, мотоцикл, велосипед, тачка» исключает лодку по принципу «отсутствия колес»). Переносный

смысл пословиц понимает правильно, сам использует их в своей речи по назначению. Содержательные расстройства мышления не выявляются. Внимание концентрировать удается, но легко отвлекаем, не может вернуться к теме разговора. Краткосрочная память несколько снижена: не может вспомнить имени куратора, тест «10 слов» воспроизводит не полностью, с третьего предъявления 7 слов, через 30 мин. - 6 слов.

Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию, образу жизни, который заполнен чтением книг, сочинением стихов о природе, о маме, смерти родственников, про свою жизнь. Стихи грустные по тональности. Самооценка снижена, считает себя неполноценным: на вопрос, почему не женился, отвечает, «что толку дураков плодить?». Критика неполная, уверен, что в настоящее время лечение ему уже не нужно, хочет домой, работать, получать зарплату.

Квалификация состояния больного. В психическом статусе пациента доминируют специфические расстройства мышления: соскальзывания, паралогичность, актуализация второстепенных признаков, обстоятельность, расстройства внимания (патологическая отвлекаемость). Критика к своему состоянию снижена. Не знает, чем будет и хочет заниматься в будущем.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. План дальнейшей реабилитации.

**Задача № 9**

Мужчина, 32 года. Поступает впервые.

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Родился: в г. Орске, младшим из 2-х детей в семье рабочих. Рос и развивался согласно возрасту и полу. Детский сад посещал. В школу пошел с 7 лет, учился на «удовлетворительно», «не интересно было». Закончил 8 классов, затем окончил профессиональное училище по специальности «машинист башенного крана», проработал по специальности недолго, «не нравится». Часто меняет места работы- «надоедало быстро». Последний год работал неофициально разнорабочим в Санкт-Петербурге. В 2001г. был осужден за кражу и драку на 3 года лишение свободы. Был женат, в разводе с 2013г. Имеет ребенка - дочь (2,5 года). В армии не служил в связи с осуждением. Со слов пациента, употреблял «спайс», «пил ведрами», года три назад, е тех пор больше не употреблял. Инвалидности нет. ЧМТ при автомобильной аварии, лет в 15, «испугался», после, около 1,5 лет, лёгкое заикание. Лекарственной непереносимости нет. Туберкулез, вен. заболевания отрицает. Проживает один. Злоупотребление алкоголя отрицает. Со слов матери, состояние изменилось с сентября 2013г., после развода с женой, снизилось настроение, расстраивался по этому поводу, жена вначале не давала встреч с ребёнком, появились суицидальные мысли. Со слов матери, пытался совершить суицидальную попытку, пациент это категорически отрицает. За помощью к врачу не обращался. Уехал работать в Санкт-Петербург, где работал около года, с работой оправлялся. Затем, с июня 2014г., находясь в Санкт- Петербурге, стал высказывать идеи виновности, перестал спать ночами, был тревожным, перестал ухаживать за собой, стал неряшливым, потерял вещи, звонил по телефону матери из Санкт-Петербурга, плакал, заявлял, что «ты иллюзия», «настоящая мать умерла, ей отрезали руки и ноги», обвинял себя в том, что он «не повесился». Самостоятельно уехал из Санкт-Петербурга в Анапу на встречу с родственниками, которые там были, /отстал от поезда, потом опоздал на автобус, растратил все деньги/, где находился около 2-х недель, где разговаривал «сам с собой», слышал «голоса» императивного содержания, которые приказывали ему «ехать путешествовать». Говорил, что в него «вселился дьявол». Мать забрала и привезла его в г. Оренбург. Заявлял, что «мне плохо», плакал, слышит «голоса» императивного содержания. Говорил, что «меня и мать преследуют», заявлял, что «нужно ехать в Волгоград», не объясняя зачем. Мать вызвала бригаду ССМП, доставлен и госпитализирован в стационар.

При поступлении в приёмном отделении: общался неохотно, высказывал бредовые идеи виновности, «я должен отдать душу дьяволу, чтоб и другие были здоровы», что вее «родственники, в том числе и его мать, погибли, а моей матери отрубили ноги, руки», считал, что мать и сестра выглядят «как-то не так», говорил матери: «ты иллюзия», видел будущее, где «все погибли», с кем-то разговаривал, «я сам себе как бы говорю и повторяю: «ты виноват», настроение снижено, плаксивый. Обвинял мать в том, что она его поместила в психиатрическую больницу, жаловался на плохой сон, «снились покойники с отрубленными головами, «я всех оскорбил, я виноват».

Психический статус: В ясном сознании. Контакт доступен. В кабинет зашел самостоятельно после приглашения в сопровождении санитара. Внешне опрятен. На задаваемые вопросы отвечает неохотно. Ориентирован во всех сферах. Жалобы не предъявляет. Настроение неустойчивое, периодически в беседе становится раздражительным, то плачет. Эмоционально монотонен, мимика маловыразительная. Высказывает идеи виновности «я должен отдать душу дьяволу, чтобы другие были здоровы, это я виноват». В чем он виноват, объяснить не может, «вам не понять». Утверждает, что все его родственники, в том числе и мать, погибли, сам он «находится в коме». Заявляет: «моей маме отрубили руки и ноги, а ты иллюзия», «видел будущее, где они все погибли из-за него», «все-все родственники». Во время беседы с кем-то разговаривает, при этом объясняет это тем, что «я сак себе как бы говорю, повторяю: «ты виноват, иди и повесься». Рассказывает, что постоянно снятся покойники «с отрубленными головами», «это я их всех, оскорбил и обидел», «мне нужно себя принести в жертву, чтобы всем было хорошо». Внимание быстро истощаемое. Мышление паралогичное, непоследовательное. Ночами не спит. Аппетит не нарушен. Критика к своему болезненному состоянию отсутствует.

За время нахождения в отделении первое время плохо спал, был тревожным, отмечалось сниженное настроение с аффективными нарушениями с бредовыми идеями виновности, отношения, плохо спал по ночам. Получал лечение: транквилизаторы, сердолект до 16мг, амитриптилин до75мг, вальдоксан до 25 мг, корректоры. Психическое состояние стабилизировалось, адекватен в поведении, общении, без аффекта, психопродуктивных нарушений, строит реальные планы на будущее, с критикой к своему перенесенному состоянию.

Сомато-неврологический статус: Ф-графия лёгких от 30. 07. 2014г. Кровь на КСР- отрицательная. ВГС/+/, ВГВ/-/ дифтерийные палочки не обнаружены. АДС-М31. 07. 2014г. с. 79П. Терапевт: хр. вирусный гепатит «С», минимальной степени активности. Невропатолог: без патологии. ЭЭГ: умеренные диффузные изменения ЭЭГ ирритативного характера, альфа-ритм нерегулярный, дезорганизованный, сочетается с низкочастотной бета-активностью, отмечаются множество островолновых комплексов альфа-бета диапозона, зональные особенности сглажены, межполушарной асимметрий основных ритмов нет. На открывание глаз частичная депрессия биопотенциалов, гипервентиляция не меняет характер кривой, типичных форм эпиактивности не зарегистрировано. Психолог: на фоне снижения мотивационного компонента, поверхностного отношения к исследованию, и вместе с этим возможной коррекции повеления ЭПИ выявляет в аттентивно-мнестической сфере достаточность активного внимания и смысловой памяти, ослабление механического и опосредованного запоминания, что может быть связано с недостаточно серьезным отношением к исследованию. Мыслительная сфера характеризуется нестандартностью некоторых решений на фоне удовлетворительных способностей к сравнению, обобщению и абстрагированию, в редких случаях актуализацией малосущественных, слабых связей. В сфере характера прослеживается недостаточная глубина эмоциональных переживаний, отчужденность в межличностных отношениях, формальность в установлении контактов, своеобразие восприятия, смешанный тип реагирования, слабая критическая оценка собственных возможностей, отсутствие тенденций к о открытому агрессивному поведению на момент исследования.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Составьте план дальнейшей реабилитации.

**Задача № 10**

Больной 53-х лет, в течение многих лет злоупотребляющий алкоголем (отмечаются запои каждые 1-2 месяца, между запоями употребляет пиво, по утрам выпивает «для улучшения состояния»), поступил в стационар после судорожного припадка, развившегося в абстиненции. При осмотре дезориентирован во времени, не может сказать, где он находится, сколько дней провел в больнице. В дальнейшем в течение месяца состояние остается без динамики, происходящие события в памяти не удерживаются, при этом может точно и подробно рассказать о событиях давнего прошлого. Сообщает неверные, временами нелепые сведения о том, что происходило с момента госпитализации.

Вопросы:

1. Выявить все психопатологические симптомы, описанные в задаче. Определить ведущий психопатологический синдром. Высказать предположение о нозологическом диагнозе.
2. Определить между какими диагнозами необходимо провести дифференциацию. Перечислить методы дополнительного обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Определить тактику оказания психиатрической помощи: экстренная/плановая, стационарная/амбулаторная, наличие/отсутствие показаний для недобровольной госпитализации или освидетельствования.
4. Определить лечение: психофармакотерапия/психотерапия, группы психотропных препаратов, длительность терапии.
5. Определить прогноз, необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия.

**Задача № 11**

Пациентка Р., женщина в возрасте 61 года, была доставлена в отделение наркологического диспансера бригадой «скорой помощи» из дома. Поступает впервые в жизни.

Из анамнеза (со слов родственников) известно, что на протяжении последних четырех лет злоупотребляет алкоголем. Злоупотребление алкоголем носит характер бытового пьянства по 2-4 дня со «светлыми промежутками» до 3-х недель. Среднесуточная толерантность составляет до 0,5 л спиртных напитков, в том числе кустарно приготовленных препаратов алкоголя («самогона»). Последнее злоупотребление в течение 7 дней. Последняя алкоголизация за 4 дня до поступления. В этот же день дома потеряла сознание, упала и ударилась левой теменной областью. Два дня лежала неподвижно, чего ранее с ней никогда не было. На третьи сутки стала возбужденной, что-то перекладывала с места на место, на обращенную речь никак не реагировала. На следующий день появилась агрессия по отношению к внучке, сыну, порывалась куда-то бежать, повторяла слово «дай».

При поступлении сознание нарушено. Жалоб не предъявляет. Контакт непродуктивен, т.к. пациентка практически не реагирует на обращенную к ней речь. Возбуждена. Периодически собирается встать, куда-то идти, собирает несуществующие предметы руками с кушетки, что-то стряхивает с одежды и стула. Повторяет слова «дай», «уйди», «отпусти». При осмотре активно сопротивляется, просьбы врача не выполняет. Критика к своему состоянию отсутствует.

Кожные покровы лица гиперемированы, повышенной влажности. На кожных покровах многочисленные гематомы различных сроков давности. Обширная гематома в области верхней трети бедра снаружи. Склеры инъецированы. В легких дыхание везикулярное, чистое. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 130/90 мм рт ст, РS 94 в мин. Живот спокоен. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Лицо симметричное. Зрачки D=S, средней величины. Фотореакция сохранена. Координационные пробы не выполняет. Менингеальных знаков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитации.

**Задача № 12**

Больной К., 1969 г.р. Поступает в ПНД впервые, доставлен бригадой СП. Жалоб не предъявляет. Наследственность психопатологически отягощена – родной брат страдает алкоголизмом. Образование высшее – офицер в отставке. В настоящее время работает сторожем. Проживает с женой и старой бабушкой, имеет взрослых сына и дочь, отношения в семье неблагоприятные, связано это с постоянными скандалами в связи с ревностью пациента. Страдает сахарным диабетом, лекарства пьет не регулярно, уровень сахара не контролирует, кроме того много лет страдает гипертонической болезнью. ЧМТ в анамнезе не было. Первую пробу алкоголя не помнит. Употреблял его ситуационно, эпизодически. В течение последних 20-ти лет злоупотребляет алкоголем: 9 лет назад, после ухода на пенсию из армии, его прием стал систематическим, возникли «запои» до 2-х недель, со светлыми промежутками до месяца, а в течение последнего года пьет практически ежедневно. Стремится к употреблению спиртного, огорчается, если алкоголизация откладывается. Появилось предпочтение к крепким напиткам, водке, настойке боярышника. Возросли дозы потребляемого алкоголя: до 1 л. Крепких алкогольных напитков в сутки. Сформировался алкогольный абстинентный синдром: после прекращения приема спиртного возникали слабость, дрожь во всем теле, бессонница, подавленное, сниженное настроение, чувство вины. Описанные явления купировались приемом очередной дозы спиртного. На фоне трезвости стали преобладать подавленность, беспокойство, для достижения комфорта требовалось немного выпить. В течение последних лет постоянно высказывает идеи ревности, приходит к жене на работу, устраивает скандалы, однажды подрался с соседом по даче, так как считал, что жена изменила ему с ним. Увидев дома какие то бутылочки, начал обвинять жену в том, что она с помощью них занимается «сексуальными извращениями», при этом всячески оскорблял ее и других членов семьи. Неоднократно проявлял агрессию, бил жену и ее мать, выгонял их из дома, угрожал расправой. Ранее по поводу алкогольной зависимости в стационаре не лечился, последняя алкоголизация в день поступления. Со слов сына сегодня пытался повеситься и ранее так де предпринимал неоднократные суицидальные попытки в состоянии опьянения. Попытки носили ярко выраженные демонстративный характер: перед ними скандалил, кругом раскидывал предсмертные записки с обвинениями в адрес жены. В последнее время состояние пациента ухудшилось. Супруга вызвала бригаду СП, и пациент был доставлен в 5 отделение ОНД, госпитализирован в недобровольном порядке.

Психический статус: В отделение зашел самостоятельно. Сознание ясное. Правильно ориентирован в месте нахождения, времени и собственной личности. Внешне выглядит неопрятно. Речь громкая, ускоренного темпа. В беседу с врачом вступает неохотно, бездистантен, постоянно бранится в адрес жены и сына, угрожает им расправой. Врачу рассказывает, что жена ему постоянно изменяет с другими мужчинами, что занимается мастурбацией с помощью разных приспособлений, «уверен в этом, так как сам находил дома разные бутылочки и крема». Фон настроения снижен. Себя больным не считает, размеры пьянства всячески преуменьшает, необходимости в лечении не видит. На момент осмотра галлюцинации не обнаруживает. Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Составьте план реабилитации.

**Задача № 13**

Пациент М., молодой человек 18 лет, доставлен в отделение неотложных состояний наркологического диспансера бригадой скорой помощи.

Со слов врача "скорой помощи" соседи заметили пациента, который бегал голым по подъезду, бился головой о стены, представлялся комаром, мертвецом. Проживает с матерью, которой дома не оказалось.

Психический статус при поступлении: Правильно называет свое имя. Понимает, что находится в больнице, однако затрудняется назвать ее профиль. Не знает текущей даты, времени года. Внешне выглядит возбужденным, беспокойным, тревожным. Фиксирует свой взгляд на полу или на потолке, на собеседника не смотрит. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Во время разговора часто беспричинно плачет, затем успокаивается, извиняется. Разговаривает тихим голосом, речь быстрая, невнятная. Отвечает не в плане задаваемых вопросов, часто повторяет одни и те же слова, фразы. Говорит, что он "Бог Иисус, сам не знает почему". Удалось выяснить, что пациента давно (сколько времени - не знает) беспокоят "голоса" знакомые, женские, которые спрашивают его "почему он Иисус?", приказывают ему что-нибудь сделать. После нескольких вопросов о голосах вдруг перестает отвечать, хватается руками за голову, закрывает глаза, к чему-то прислушивается. Критика к своему состоянию отсутствует.

Сомато-неврологически: Кожные покровы бледно-серого цвета, сухие на ощупь. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. Сердечные тоны ритмичные, АД 120/80 мм рт ст, пульс 80 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Зрачки равны, сужены. Фотореакция вялая. Сухожильные рефлексы равны, оживлены. Менингеальных знаков нет.

Удалось выяснить, что с 9 летнего возраста пациент жил в интернате, где с целью одурманивания злоупотреблял различными психоактивными веществами: бензином, ацетоном, клеем, героином, тареном, гашишем, димедролом и т.д. О злоупотреблении ПАВ в последнее время постоянно дает противоречивые сведения. Рассказал врачу о том, что собирает окурки от сигарет в подъезде. Отмечает, что с 16-17 лет слышит "голос приятеля Паши" внутри головы. Голос отдает ему различные приказы, говорит, что нужно сделать. Интенсивность голоса усиливается при разговоре самого больного. Наличие голоса связывает с тем, что в возрасте 11-12 лет употреблял "жареху" - коноплю, жаренную на растительном масле. Тогда в состоянии интоксикации пациент впервые испытал обманы восприятия в виде "того же самого голоса Паши". Кроме того, сообщил, что перед поступлением выпил две таблетки тарена и "съел около 20 весел жарехи".

Вопросы:

1. Интоксикационный психоз (конопля), острый галлюцинаторно-параноидный синдром с психомоторным возбуждением вследствие интоксикации каннабиоидами.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте план лечения. Обоснуйте свой выбор.
5. Опишите признаки синдрома отмены каннабиоидов.

**Задача № 14**

Пациентка В., женщина 30 лет, поступила в отделение неотложных состояний наркологического диспансера. Была доставлена бригадой скорой помощи. Поступает впервые в жизни. Ранее по поводу алкоголизма нигде не лечилась, за помощью не обращалась.

Анамнез жизни и заболевания (со слов больной и родственников):

Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом родителей и родной сестры. Родилась 1-ым ребенком в семье. Течение беременности и родов у матери без патологии. Имеет младшую сестру, вместе с которой неоднократно злоупотребляла алкоголем.

Травм, операций, переливаний крови не было. Туберкулез, вен. Заболевания, гепатит отрицает. Аллергических реакций не отмечает.

С семи лет пошла в школу, успешно закончила ее. С детства характеризуется «доброй, спокойной, покладистой». После 8 класса поступила в торгово-кулинарное училище. Окончив его, получила специальность контролера - кассира. Непродолжительное время работала продавцом в магазине, вела самостоятельный образ жизни. В возрасте 17 лет родила девочку вне брака.

В возрасте 19 лет, впервые вышла замуж. "Во время сватовства" впервые попробовала алкоголь, выпила около 50 г водки, после чего спиртные напитки не употребляла. Муж алкоголем не злоупотреблял. От брака имеет еще двоих детей: девочку 9 лет и сына 6 лет. После декретного отпуска, в течение последних девяти лет, нигде не работает.

В 1993 году на 39 году жизни умерла мать больной от сердечного заболевания. Через 2 года после смерти матери умер отец в возрасте 42 лет от рака щитовидной железы. Очень сильно переживала смерть родителей, но к алкоголю не прибегала.

Еще через три года во время работы трагически погиб муж (попал под машину). После этого случая "во время ужина стала выпивать по 1-2 рюмочки водки". Злоупотребление спиртными напитками сразу стало носить систематический характер, сформировался запойный ритм пьянства. Запои продолжительные, до 2-4 недель с короткими светлыми промежутками до 5 дней. Среднесуточная толерантность составляла до 0,5 л водки. В возрасте 27 лет сформировался алкогольный абстинентный синдром, который проявлялся при отмене алкоголя в виде сухости во рту, головокружения, головной боли, снижения аппетита.

В это время перестала заниматься и следить за детьми, большую часть времени проводила в кругу малознакомых людей. В дальнейшем дозы спиртных напитков, в т.ч. кустарного алкоголя быстро возросли до 1 л в сутки. Светлые промежутки сократились до 2 дней. Злоупотребление алкоголем длительное время протекало по типу псевдозапойного пьянства. Около года назад появилось "чувство онемения", а затем, и "простреливающие боли" в нижних конечностях, испытывала трудности при ходьбе. Передвигалась с посторонней помощью. Появилось отвращение к еде, особенно жирной, беспокоили боли в области желудка, появилась рвота. "Решила похудеть и составила свою диету", исключила "сало и свинину" из рациона. За последние 6 месяцев сильно похудела (с 90 до 56 кг).

Последний запой продолжался в течение месяца. Последний прием алкоголя 28 марта (за 6 дней до поступления), после чего появилась рвота, перестала самостоятельно передвигаться, спать по ночам. Стала тревожной, видела "надписи" на стене. На второй день "с кем-то разговаривала", смеялась, перестала понимать, где находится. Неоднократно вызывалась бригада скорой помощи, но в госпитализации было отказано. 4 апреля в очередной раз вызвали машину скорой помощи. В тяжелом состоянии больная была доставлена в отделение наркологического диспансера.

При поступлении сознание нарушено. Продуктивному контакту практически не доступна. Самостоятельно не передвигается, находится на носилках. Бормочет невнятные слова, обирается, озирается по сторонам. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. В легких дыхание ослабленное, выслушиваются единичные хрипы в нижних отделах. Сердечные тоны ритмичные, тахикардия с ЧСС 102 в мин, АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень увеличена, на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание непроизвольное. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки D=S, умеренно расширены, фотореакция вялая. Движения глазных яблок в полном объеме. Горизонтальный нистагм при отведении глазных яблок кнаружи. Отмечается выраженный генерализованный тремор. Мышечный тонус в покое ослабленный. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног угнетены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5. Какова тактика лечения данного случая?

**Задача № 15**

На консультацию к профессору, психиатру-наркологу обратился П., 45 лет. Он рассказал, что нуждается в консультации, по поводу обстоятельств совершенного им правонарушения.

2 недели тому назад, возвращаясь поздно ночью домой из загородной поездки, совершил наезд на женщину, которая скончалась на месте. Улица была плохо освещена. Скорость движения его автомобиля была 40 км/час (это выяснили сотрудники ГАИ по тормозному пути, который был тщательно проанализирован). При обследовании выдыхаемого воздуха было обнаружено 0,6мг/л алкоголя. П. настаивал на проведении ему клинического обследования на предмет наличия алкоголя в организме, в т.ч. заборе крови. В этом ему было отказано, а дело передано в суд. П. выплатил родственникам погибшей 160 тыс. руб. (Она оказалась инв. II гр. По психическому заболеванию (олигофрения). В это время она возвращалась домой из псих. Больницы). Но это сумма их неустраивает, они настаивают на 5 млн. руб., чтобы забрать дело из судебных инстанций.

Вопросы:

1. Какие нормативные акты существуют для проведения освидетельствования лиц, находящихся (или не находящихся) в состоянии опьянения?
2. На основании каких документов проводится экспертиза алкогольного опьянения?
3. Что является основой медицинского заключения и какие лабораторные исследования проводятся при освидетельствовании?
4. Какой степени алкогольного опьянения соответствуют данное описание?
5. Сформулируйте понятие «отравление» и как они кодируются в МКБ-10?

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

1. Узнавание в естественных узорах, создаваемых облаками, трещинами, сплетениями ветвей фантастических объектов – это:
2. парейдолии
3. истинные галлюцинации
4. ложные галлюцинации
5. иллюзии
6. Восприятие объекта, отсутствующего в реальном пространстве – это:
7. эйдетизм
8. галлюцинации
9. иллюзии
10. парейдолии
11. Ошибочные восприятия реальных вещей или явлений – это:
12. агнозии
13. галлюцинации
14. иллюзии
15. парейдолии
16. Ощущение нереальности окружающей действительности – это:
17. иллюзии
18. псевдогаллюцинации
19. эйдетизм
20. дереализация
21. Расстройство самовосприятия при котором собственные мысли, эмоции и действия воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими – это:
22. деперсонализация
23. абулия
24. апатия
25. эйдетизм
26. При апатии можно констатировать:
27. пониженное настроение
28. отсутствие эмоциональных реакций
29. раздражительность
30. нарушение сна
31. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:
32. прекращение общение вследствие исчезновения откликаемости
33. полную безучастность и бездеятельность
34. отказ от речи (мутизм)
35. утраты желания
36. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме:
37. парамнезии
38. конфабуляции
39. амнезии
40. сделанных воспоминаний
41. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:
42. потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
43. невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
44. распространения подобного забвения на различный период
45. выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
46. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая:
47. патологические воображения в форме воспоминаний
48. сделанные воспоминания
49. обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
50. действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
51. Антероградная амнезия характеризуется:
52. утратой воспоминаний на период бессознательного состояния и период предшествовавший ему
53. правильное поведение в запамятованном периоде
54. утратой воспоминаний на период, непосредственно следовавший за выходом из бессознательного состояния
55. потерей способности к запоминанию после данной амнезии
56. Нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, заполняя провалы в памяти, называется:
57. конфабуляцией
58. реминисценцией
59. гипомнезией
60. псевдореминисценцией
61. Гипомнезия – это:
62. ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение
63. особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами
64. нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии
65. кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями
66. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
67. жалоб на утрату способности к мышлению
68. трудности отделения главного от второстепенного
69. ощущения ослабления умственных способностей
70. однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
71. Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
72. утраты способности отделения существенного от несущественного
73. утраты способности отделения главного от второстепенного
74. выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
75. замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
76. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме:
77. внезапной блокады мыслей
78. неожиданной остановки, перерыва мыслей
79. того, что больные замолкают, утратив нить мысли
80. возникновения при кратковременном нарушении сознания
81. Паралогическое мышление характеризуется всем перечисленным, исключая:
82. длительное преобладание одной какой-либо мысли, представления
83. соединение несопоставимых обстоятельств, явлений, положений
84. объединение противоречивых идей, образов, утрату логической связи
85. произвольную подмену одних понятий другими
86. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:
87. склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
88. целиком ошибочных, неправильных умозаключений
89. наличия выраженного аффективного напряжения
90. приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
91. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
92. несоответствия действительности
93. искажения отражения действительности
94. доступности к коррекции, устранению путем убеждения
95. полного овладения сознанием
96. Бред – это:
97. болезненное преувеличение реальных событий
98. всегда нелепое, странное толкование событий
99. идеи, содержанием своим всегда вытекающие из галлюцинаторных или иллюзорных переживаний
100. убежденность в чем-то, не имеющая под собой логической посылки

**ВАРИАНТ № 2**

1. Бесплодное, бесцельное, основанное на нарушении мышления мудрствование называется:
2. резонерством
3. демагогией
4. амбивалентностью
5. мутизмом
6. Внезапный обрыв в мыслительном процессе, чаще всего встречающийся при шизофрении – это:
7. ментизм
8. шперрунг
9. эхомысли
10. симптом открытости
11. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:
12. галлюцинаторно-бредовых расстройств
13. бредовых расстройств
14. судорожного синдрома
15. неврозоподобных расстройств
16. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме:
17. утраты единства психических процессов
18. нарастающей интравертированности
19. эмоционального обеднения
20. тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
21. Шизофрении детского возраста свойственно все перечисленное, кроме:
22. высокосистематизированного интерпретативного бреда
23. бредоподобного фантазирования
24. обсессий
25. фобий
26. У подростка эмоциональная лабильность, стремление к независимости с негативизмом к лицам из ближайшего окружения – семья, учителя; повышенный интерес к своему психическому и физическому Я. Данная клиническая картина может быть определена как:
27. психогенное заболевание
28. психические особенности пубертатного возраста
29. дебют аффективного эндогенного заболевания
30. дебют шизофрении в пубертатном возрасте
31. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:
32. обездвиженности застывшего амимичного лица
33. повышения мышечного тонуса
34. выраженного депрессивного аффекта
35. длительно сохранения одной позы
36. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме:
37. неполной обездвиженности
38. более или менее выраженного мутизма
39. продолжительного сохранения одного и того же положения тела
40. ложных воспоминаний
41. В развернутой стадии старческого слабоумия отмечается все перечисленное, кроме:
42. массивных очаговых расстройств
43. явлений прогрессирующей амнезии
44. сдвига ситуации в прошлое
45. отсутствия сознания болезни, падения критических возможностей
46. Болезнь Альцгеймера характеризуется всем перечисленным, кроме:
47. обязательно развитие очаговых расстройств
48. не приводит к тотальному слабоумию
49. развивается тотальная апраксия
50. центральное место занимают явления амнезии
51. Для болезни Альцгеймера характерно все перечисленное, кроме:
52. развития глобарного слабоумия
53. обязательных очаговых расстройств
54. выраженных конфабуляций
55. значительного темпа распада памяти
56. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:
57. двигательного торможения
58. аффекта тоски
59. идеаторного торможения
60. меланхолического раптуса
61. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:
62. явлений прогрессирующей амнезии
63. концентрации мышления на депрессивной фабуле
64. затруднения запоминания
65. затруднения воспроизведения
66. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:
67. ощущение мышечной слабости
68. повышенную чувствительность
69. бедность мимики
70. замедление движений
71. Для депрессивного больного характерно:
72. богатая выразительная мимика лица
73. громкая речь
74. мимика скорби
75. ускорение психических процессов
76. Длительное (2 недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как:
77. фобический синдром
78. неврозоподобный синдром
79. астенический синдром
80. депрессивный синдром
81. Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
82. прогрессивного паралича
83. симптоматических психозах
84. эпилепсии
85. маниакально-депрессивного психоза
86. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:
87. идеи самообвинения
88. идеи переоценки
89. наличие депрессивной триады
90. депрессивную анестезию
91. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме:
92. чувства тревоги
93. депрессивной анестезии
94. оптимистического содержания мыслей
95. бессонницы
96. Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:
97. суицидальные мысли
98. отсутствие аппетита
99. витальный характер депрессии
100. идеи осуждения
101. К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме:
102. ступорозных депрессий
103. слезливых депрессий
104. депрессии с идеями самообвинения
105. тревожных депрессий

**ВАРИАНТ № 3**

1. Соматическими особенностями инициальных стадий депрессии при маниакально-депрессивном психозе являются все перечисленные, кроме:
2. повышенной утомляемости
3. заметного снижения настроения
4. затруднения сна
5. снижения аппетита
6. Основной характеристикой ларвированных депрессий является все перечисленное, исключая:
7. выраженность проявлений разнообразных масок
8. малую интенсивность аффективного компонента
9. выраженность аффективного компонента
10. отсутствие аффективного компонента
11. Атипично протекающая депрессия, при которой собственно симптомы депрессии скрыты за маской стойких соматических и вегетативных жалоб – это:
12. маскированная депрессия
13. скрытая депрессия
14. соматизированная депрессия
15. биполярное аффективное расстройство
16. верно все, кроме 4
17. При соматических вариантах ларвированных депрессий наблюдается все перечисленное, кроме:
18. типичной имитации картины соматического заболевания
19. необычности клинической картины, локализации, времени появления признаков соматического заболевания
20. безуспешности обычной терапии
21. неэффективности обычных методов диагностики
22. К соматическим признакам депрессии не относится:
23. запоры
24. гипотимия
25. дисменорея
26. похудание
27. Для алгического варианта ларвированных депрессий характерно все перечисленное, кроме:
28. разнообразных алгий
29. суточных колебаний
30. оптимистического характера настроения
31. раздражительности
32. Признаками соматизированной депрессии являются:
33. многочисленные разнообразные соматовегетативные жалобы, которые не могут быть объяснены каким-либо органическим неврологическим или соматическим заболеванием
34. снижение интересов или утрата чувства удовольствия
35. суточные колебания самочувствия – ухудшение состояния в ночное и предрассветное время и улучшение во второй половине дня
36. значимые стрессовые события, которые предшествовали появлению основных жалоб больного
37. верно все перечисленное
38. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
39. конфабуляции
40. гипермнезию
41. ускорение ассоциаций
42. явления отвлекаемости со скачкой идей
43. Громкая речь чаще отмечается у:
44. лиц астено-невротического типа
45. пациентов в гипоманиакальном состоянии
46. больных с ипохондрическими переживаниями
47. депрессивных пациентов
48. При маниакальном состоянии наиболее типичными эмоциональными расстройствами является:
49. фобия
50. депрессия
51. эйфория
52. апатия
53. Маниакальные синдромы развиваются при всех перечисленных заболеваниях, кроме:
54. органических заболеваний головного мозга
55. эпилепсии
56. шизофрении
57. неврозов
58. Для выраженной маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме:
59. похудания с постарением
60. двигательного возбуждения
61. подъема настроения
62. идеаторного возбуждения
63. Выраженная маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза характеризуется всем перечисленным, кроме:
64. повышения аппетита
65. идей самоуничижения
66. расстройства сна
67. раздражительности, гневливости
68. Соматическими особенностями маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, исключая:
69. гиперемию кожи лица
70. похудание
71. постарение
72. повышение аппетита
73. Астенический синдром – это:
74. нарушения сна с тягостными переживаниями по этому поводу
75. дисфорическая раздражительность с бессонницей
76. пониженное настроение с чувством слабости
77. раздражительная слабость вместе с вегетативными дисфункциями
78. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:
79. фиксационной амнезии
80. физической истощаемости
81. психической истощаемости
82. аффективной лабильности
83. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:
84. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
85. нарушения сознания
86. повышенной утомляемости и истощаемости
87. гиперстезии
88. Раздражительная слабость – это:
89. раздражительность (несдержанность) органического генеза
90. половая слабость мужчин с дистрофическими расстройствами настроения
91. раздражительность, легко истощающаяся, сопровождающаяся часто чувством вины, самообвинением
92. характерное расстройство настроения у эпилептоидного психопата
93. Аффективная лабильность – это:
94. склонность к дисфорическим взрывам
95. склонность к красочному воображению
96. то же самое, что питиатизм
97. то же самое, что эмоциональная неустойчивость
98. Дисфория – это:
99. смешение страха, злобы, тоски
100. депрессия на органической почве
101. психотических размеров гнев
102. тягостная, стойкая раздражительность

**ВАРИАНТ № 4**

1. Тики чаще всего охватывают мышцы:
2. языка
3. лица и шеи
4. пальцев ног
5. бедра
6. Тотальный мутизм наблюдается:
7. при эндогенных депрессиях
8. при реактивных состояниях
9. возможен при все перечисленных состояниях
10. при кататонических и кататоноподобных состояниях
11. Стресс (по Г. Селье) – это:
12. нервное вредоносное напряжение
13. вид дистресса
14. защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
15. неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
16. В отношении стресса верно следующее:
17. стресс представляет собой совокупность адаптационных реакций организма на неблагоприятные воздействия значительной интенсивности
18. в настоящее время принято рассматривать стресс исключительно как разрушительное, негативное явление
19. стресс возникает только тех ситуациях, которые человек расценивает как неприятные и угрожающие
20. интенсивность стресса прямо пропорциональная объективной тяжести ситуации
21. Как правильно обозначить тревожное расстройство, при котором человек не может освободиться от переживаний травматического события или серии таких событий:
22. генерализованное тревожное расстройство
23. посттравматическое стрессовое расстройство
24. обсессивно-компульсивное расстройство
25. фобическое расстройство
26. Какой из приведенных критериев не входит в триаду критериев реактивных состояний по К. Ясперсу:
27. выявление психотравмы
28. отражение психотравмы в клинической картине
29. осознание пациентом внутреннего конфликта
30. выздоровление после прекращения действия вызвавшей состояние причины
31. Нередко пациенты, доставляемые в хирургические стационары по поводу внезапных травм и ранений, не чувствуют боли. Один из очевидцев такой травмы рассказывал: «он сам пришел в медпункт и принес два отрезанных у него пальца. Он даже не поморщился, когда ему обрабатывали рану». С каким из перечисленных веществ связана такая анестезия:
32. ГАМК
33. ацетилхолин
34. допамин
35. энкефалины
36. «Синдром лагерей уничтожения», проявляющийся у бывших узников концлагерей спустя многие годы состояниями страха, депрессивными реакциями, неотвязно оживающими картинами пережитого, по МКБ-10 следует обозначить как:
37. посттравматическое стрессовое расстройство
38. тревожно-фобическое расстройство
39. дистимия
40. расстройство адаптации
41. По имеющимся статистикам, более чем у 60 % участников войны в Чечне с посттравматическим стрессовым расстройством его возникновение связано не с собственно участием в боевых действиях, а с:
42. врожденным дефицитом стрессоустойчивости
43. недостаточностью социальной поддержки после войны
44. наличием латентных психических расстройств
45. травматическим опытом раннего детства
46. Какое утверждение о травматическом стрессе верно:
47. проявление под действием стресса латентных психических расстройств
48. болезненная по своему существу и механизмам реакция
49. нормальная реакция на ненормальные обстоятельства
50. стресс физической травмы
51. Непосредственным ответом на травму утраты являются какие две реакции:
52. отрицание и проекция
53. проекция и регрессия
54. регрессия и изоляция
55. шок и отрицание
56. Какое из этих утверждений верно характеризует стадию шока и отрицания при переживании утраты:
57. благодаря естественной склонности к отрицанию окончательности смерти и стремлению избегать радикальных изменений в жизни, человек не воспринимает случившееся как реальность
58. осознание необратимости утраты приводит к сожалениям, что было или не было сделано или сказано
59. переживая горе, человек может быть раздражителен, груб, несвойственно для него озлоблен это нередко переносится на тех, кого он любит и в ком больше всего нуждается
60. жизнь становится как темный туннель без выхода, утешения отвергаются, человек чувствует себя бесконечно одиноким и покинутым
61. Внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимающаяся человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию; ситуация, которая выходит за пределы обычного, «нормального» человеческого опыта – это:
62. кризисная ситуация
63. экстремальная ситуация
64. чрезвычайная ситуация
65. криминальная ситуация
66. В каком пункте стадии формирования постстрессовых нарушений (Ромек и др., 2004) перечислены в правильном порядке:
67. острое стрессовое расстройство – травматический стресс – посттравматическое расстройство личности – посттравматическое стрессовое расстройство
68. травматический стресс – посттравматическое стрессовое расстройство – острое стрессовое расстройство – посттравматическое расстройство личности
69. травматический стресс – острое стрессовое расстройство – посттравматическое стрессовое расстройство – посттравматическое расстройство личности
70. острое стрессовое расстройство – посттравматическое стрессовое расстройство – травматический стресс – посттравматическое расстройство личности
71. Следствием неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты в клинике являются:
72. эндогенно-депрессивный синдром
73. реактивные депрессии
74. психозы
75. неврозы
76. Наиболее распространенная в отечественной литературе классификация неврозов включает в себя перечисленные формы, кроме (Б.Д. Карвасарский, 1990)
77. ипохондрического невроза и невротической депрессии
78. истерического невроза
79. неврастении
80. невроза навязчивых состояний
81. К типам невротических конфликтов не относится:
82. истерический внутриличностный конфликт
83. межрасовый национальный конфликт
84. неврастенический внутриличностный конфликт
85. обсессивно-психастенический внутриличностный конфликт
86. Противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой («Я хочу, но у меня не хватает сил») соответствует этому типу невротического конфликта:
87. истерический
88. шизофренический
89. неврастенический
90. обсессивно-психастенический
91. Превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствием адекватного критического отношения к своему поведению («Я хочу, хотя не имею права») соответствует этому типу невротического конфликта:
92. обсессивно-психастенический
93. неврастенический
94. тревожный
95. истерический
96. Основным расстройством при неврастении является (по Свядощу):
97. раздражительная слабость, повышенная возбудимость и легкая истощаемость
98. вспыльчивость
99. шум в ушах, снижение аппетита
100. тягостные ощущения во внутренних органах, невралгии

**ВАРИАНТ № 5**

1. Для невротического ларингоспазма характерно все перечисленное, кроме (по Карвасарскому):
2. стенотического дыхания
3. того, что он возникает преимущественно днем, не ночью
4. сравнительно недолгой (1-2 мин) продолжительности приступа
5. поперхивания слюной или пищей как повода к развитию первого приступа удушья
6. Невротическая депрессия обычно включает в себя (по Свядощу):
7. некритическое отношение к своим болезненным переживаниям и нежелание бороться с ними
8. тягостные алгии
9. неврастенический синдром со слезливостью и пониженным настроением; идеи несправедливого отношения к себе
10. мифофобические расстройства
11. При истерическом амаврозе:
12. нет истерического мутизма
13. больные часто попадают (по причине амавроза) в опасные для жизни условия
14. на ЭЭГ глаза больного не реагируют на свет
15. бинокулярное зрение может оказаться сохранным; больные могут быть убеждены в том, что абсолютно ничего не видят, но обнаруживают сохранность зрительных восприятий (видят)
16. При элективной истерической глухоте (по Свядощу) больной:
17. на заданный вопрос: «Вы слышите?» – обычно отрицательно кивает головой
18. когда обращают его внимание на то, что говорит о «полной глухоте», а сам выполняет ряд устных просьб, не обнаруживает недоумения
19. не выполняет такие устные просьбы, как глубоко дышать, задерживать дыхание
20. обычно выполняет устную просьбу назвать, написать свою фамилию
21. Истерический припадок отличается от судорожного органического припадка:
22. отсутствием выраженных судорожных расстройств
23. живой зрачковой реакцией на свет
24. высокой сексуальной напряженностью во время припадка
25. отсутствием нарушения сознания во время припадка
26. При истерических припадках обычно отмечается:
27. непроизвольная дефекация
28. отсутствие или понижение реакции зрачков на свет
29. изгибание тела в судорогах
30. кратковременные тонические судороги, сменяющиеся клоническими
31. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:
32. патетическую жестикуляцию
33. приступы рыдания и хохота
34. чувство дурноты, учащенное дыхание
35. секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
36. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:
37. психогенную слепоту
38. различные гиперкинезы и тики
39. явления астазии-абазии
40. функциональные парезы и параличи
41. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:
42. гипестезии и анестезии участков тела
43. наличия характера сделанности этих расстройств
44. утраты слуха
45. психогенной слепоты (амавроза)
46. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме:
47. сохранения реакции на невербальные звуки и шумы
48. наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке
49. нарушения барабанной перепонки
50. сужения зрачков при громких звуках
51. Малый истерический припадок характеризуется состоянием, при котором наблюдаются:
52. массивная тоническая судорога с изгибанием тела в дугу
53. внезапная потеря сознания
54. тонические и клонические судороги
55. приступы рыдания, хохота
56. Признаками диссоциативного расстройства (F44) являются все перечисленные, кроме:
57. прогрессирующая амнезия
58. наличие временной связи с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями
59. отсутствие явных физических или неврологических нарушений
60. потеря памяти на прошлые события, чувствительности или способности управлять движениями тела
61. К классическим психосоматическим заболеваниям («Holy Seven» — «Святая Семерка») относятся все нижеперечисленные заболевания за исключением:
62. нейродермита
63. сахарного диабета 1 типа
64. ревматоидного артрита
65. язвенной болезни
66. бронхиальной астмы
67. Соматические расстройства психогенного происхождения представлены во всех перечисленных рубриках МКБ-10, за исключением:
68. F45
69. F50-F59
70. F20-F29
71. F44
72. К соматоформным нарушениям (F45) относится:
73. хроническое болевое соматоформное расстройство
74. ипохондрическое расстройство
75. соматизированное расстройство
76. соматоформная вегетативная дисфункция
77. верно все перечисленное
78. При ипохондрии наблюдается все перечисленное, за исключением:
79. убежденность пациента в том, что он болен, носит бредовой характер
80. пациент уверен в наличии у него тяжелой болезни, хотя результаты клинического обследования это опровергают
81. нормальные физиологические ощущения (н-р учащение дыхания и пульса при физической нагрузке) расцениваются как симптомы болезни
82. наблюдаются тревожное и депрессивное настроение
83. В связи с принятым «модным» воззрением на полноту у девочки-подростка возникает страх излишней полноты, который приводит к длительному голоданию. Это состояние следует оценить как:
84. бредовую анорексию
85. сверхценную анорексию
86. навязчивую анорексию
87. психологически понятное поведение здорового подростка
88. Нервную анорексию характеризует все перечисленное, кроме:
89. страх ожирения
90. снижение массы тела не менее 15% по сравнению с нормой
91. блокада процесса глотания
92. искажение образа тела
93. К вегетодистоническим симптомам при соматоморфных расстройствах относят:
94. головокружения, головные боли
95. сердцебиение, одышка, обмороки
96. повторяющиеся боли в животе
97. все названное
98. Катамнез содержит описание:
99. жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
100. жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
101. жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар
102. жизни и проявлений болезни за последние 5 лет

**ФЕДАРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.48 Скорая медицинская помощь**

**Дисциплина «Психиатрия»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1.Соматоформные и соматизированные расстройства как разновидность невротических нарушений.

2.Взаимодействие с психиатрами и врачами общей практики.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача № 15

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

*(заполняется для дисциплин по ФГОС 3+)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** и основные проблемы психиатрии, психиатрии-наркологии, этапы развития психиатрических наук; развитие теории и практики учений о психических расстройствах в России и за рубежом; роль психологических знаний в формировании здоровья населения.  современные теоретические представления и исследования в этой клинической области; общую семиотику данных расстройств; отечественные классификации в сопоставлении с современной международной классификацией психических расстройств по МКБ-10; клинические проявления расстройств этой клинической группы; задачи профилактики данного вида расстройств. | Вопросы № 1-43  Тесты варианты № 1-5 |
| **Уметь** использовать специальные знания психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии развития для анализа специальной литературы и разработки планов психо- и наркопрофилактики. в условиях внебольничной практики и в клинике проводить психологическую, клинико-психопатологическую и клинико-патопсихологическую диагностику психических расстройств; цели и задачи лечения, психо- и наркопрофилактики, соответствующей экспертизы; планировать и реализовать психокоррекционные, психотерапевтические, реабилитационные и психопрофилактические мероприятия. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-15 |
| **Владеть** основными понятиями современной психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, методами исторического анализа для освоения закономерностей развития психиатрических наук как медицинских специальностей, методами профилактической деятельности. практическими навыками психологического, клинико-психопатологического и клинико-патопсихологического обследования больного с нарушениями данного регистра; навыками психотерапии, психокоррекции и психопрофилактики | Практические задания  Ситуационные задачи №1-15 |
| 2 | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской  помощи | **Знать** законодательства о здравоохранении РФ и директивные документы органов и учреждений здравоохранения: нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ; правовые аспекты медицинской деятельности; Общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики; вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования; принципы, приемы и методы психофармакотерапии, вопросы интенсивной терапии психозов; основы фармакотерапии при различных формах эпилепсий, пограничных заболеваниях, психических нарушениях при мозговых инфекциях и черепно-мозговых травмах. | Вопросы № 1-43  Тесты варианты № 1-5 |
| **Уметь** выявлять общие и специфические признаки нервно-психического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной или интенсивной помощи (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, суицидально-агрессивное поведение); определять объем и последовательность терапевтических и организационных мероприятий (стационирование, амбулаторное лечение, консультативный прием или постановка на учет); оказывать необходимую срочную первую помощь при психомоторном возбуждении (выбор психотропных препаратов, способа введения); обосновывать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогике; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания; Разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара; обосновывать медикаментозную терапию, определить показания и длительность курса лечения. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-15 |
| **Владеть** методиками диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии; методиками преодоления терапевтической резистентности при лечении психотропными препаратами; методиками распознавания и лечения неотложных состояний. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-15 |