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**

Клиническая психология

37.05.01 Клиническая психология

по специализации ""Психиатрия"

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_2\_\_\_\_\_\_\_ от «\_28\_\_» \_октября\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_зачета

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:**

ОК-9 способностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций……………

ПК-5 способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль *1*** «Общая психопатология»

***……………………………………………………………………………..***

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

Тема «1**.** Расстройство восприятия: иллюзии, галлюцинации. Бред. Сверхценные идеи. Навязчивые состояния»

**Вопросы для рассмотрения:**

1. СТУПЕНИ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ
2. Ощущение
3. Восприятие
4. Представление
5. Сенестопатии
6. ПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЙ
7. ИЛЛЮЗИИ Физические
8. Аффективные
9. Парейдолические
10. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ
11. Истинные галлюцинации
12. Псевдогаллюцинации
13. Функциональные галлюцинации
14. Гипнагогические галлюцинации
15. СЛУХОВЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ
16. Акоазмы
17. Фонемы
18. Императивные галлюцинации
19. Комментирующие галлюцинации
20. Угрожающие галлюцинации
21. Синдромы галлюциноза
22. Вербальный
23. Зрительный
24. Тактильный
25. МЕТАМОРФОПСИИ
26. Макропсия
27. Микропсия
28. Дисмегалопсия

29.СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ

30.БРЕДОВЫЕ ИДЕИ

30.Структура бредовых идей

31.СОДЕРЖАНИЕ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ

32.Экспансивные бредовые идеи

33..Депрессивные бредовые идеи

34. Персекуторные бредовые идеи

35..БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

36.Паранойяльный

37.Параноидный

38..Парафренный

39.СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА (КАНДИНСКОГО-КЕРАМБО)

40..СИНДРОМ КОТАРА

41.ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИЙ (ДИСМОРФОМАНИЧЕСКИЙ) БРЕД

42.НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Самоконтроль усвоенных учебных элементов.

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ

а). Тесты на опознание.

1. Является ли связанный последовательный сюжет воспринимаемых голосов харак­терным для фонем
2. Могут ли истинные галлюцинации сопровождаться чувством сделанности
3. Является ли наличие стойких и длительных галлюцинаций характерным для син­дрома галлюциноза
4. Могут ли искажаться форма и пропорции предмета при микропсиях

б). Тесты на различие.

1. Укажите признаки, характерные для галлюцинаций:

а) воспринимаются как реальные объекты

б) проецируются во «внутреннем пространстве»

в) сопровождаются чувством «сделанности»

г) воспринимаются как особые явления, отличные от реальных

2. Укажите признаки, характерные для истинных галлюцинаций:

а) близки к представлениям.

Б) воспринимаются как реальные явления

в) проецируются во внешнем мире

г) близки к восприятиям

в) Тесты на классификацию:

Укажите для каких состояний характерно:

1. Галлюциноз а) восприятие без объекта

б) искаженное восприятие реального

2. Метаморфопсии объекта

в) стойкие галлюцинации

Тесты на опознание:

1. Является ли бредовой идеей неправильное суждение, возникшее на болезненной почве и не поддающееся коррекции
2. Характерен ли для синдрома психического автоматизма бред воздействия
3. Сохраняется ли при навязчивых мыслях критичность к ним
4. Бывают ли галлюцинации при паранойяльном синдроме
5. Типично ли для параноидного синдрома сочетания бреда величия с бредом

пре­следования

Тесты на различие:

1. Укажите характерные признаки навязчивых состояний:

а) Неотступность, непреодолимость.

Б) Противопоставление воле больного.

В) Отсутствие критики.

2. Укажите характерные признаки синдрома Котара:

а) Тоскливое настроение.

Б) Бред воздействия.

В) Нигилистический бред.

3. Укажите характерные признаки парафренного синдрома:

а) Бред величия.

Б) Бред преследования.

В) Монотематичность

г) Галлюцинации.

Тесты на классификацию

Укажите, для какого синдрома характерны симптомы:

I). Синдром Кандинского-Клерамбо. а) Псевдогаллюцинации.

2). Паранойяльный синдром. б) Ассоциативный автоматизм.

в) Сенестопатический автоматизм.

г) Систематизированный бред.

д) Монотематический бред. е) Бред воздействия.

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) тест на подстановку (вставьте недостающее)

1. Для дисмегалопсий характерно...

Неотступность, возникновение против воли больного мыслей, критичность к ним характерны для……………… .

Псевдогаллюцинации, бред воздействия характерны для

б) Тесты конструктивные

1. Перечислите типы иллюзий
2. Перечислите типы галлюцинаторных расстройств

в) Типовая задача

Назовите психопатологический синдром у больного:

Во-ов, 35 лет. Правильно называет число, месяц, год, понимает, что находится в психиатрической больнице, В анамнезе систематическое злоупотребление алкого­лем. Рассказывает, что два дня назад, после многодневного пьянства, вечером ус­лышал за окном голоса знакомых. Один из них называл его пьяницей, говорил, что он нечестный человек, грозил расправой. Второй старался защитить его, доказывал, что он порядочный человек. Голоса слышал отчетливо, легко узнавал, кому они принадлежат. Хотел вмешаться в эту беседу, вышел на улицу, но никого не обнару­жил. Затем неизвестный мужской голос стал угрожать ему убийством. В страхе убежал из дома к соседям, которые вызвали "Скорую помощь". Сейчас этих разго­воров не слышит, но уверен, что они на самом деле были.

а) тест на подстановку (вставьте недостающее)

1. Для параноидого синдрома характерно...

Неотступность, возникновение против воли больного мыслей, критичность к ним характерны для……………… .

Псевдогаллюцинации, бред воздействия характерны для

Контроль преподавателя: опрос студентов по важнейшим учебным элементам перечня.

Тесты на подставку:

Тесты конструктивные:

1. Перечислите характерные признаки бредовых идей.
2. Перечислите симптомы синдрома Котара.
3. Назовите признаки навязчивых состояний.
4. Перечислите симптомы параноидного синдрома.

Типовая задача (назовите психопатологический синдром у больного):

Больной 33 лет, заболел за год до поступления в психиатрическую больницу: в голове путались мысли, слышал голос внутри головы. Понял, что находится под чьим-то влиянием, так как голова всегда "под напряжением". Заявил, что ему делают да­вящие боли в груди. По глазам отчима - "они были какими-то ненормальными", -понял, что все это делает он: именно через отчима покойный президент Кеннеди "выслушивает его мозги". Чтобыпрекратить издевательство, уехал в Якутию, но и там замечал, что отчим на расстоянии передает свои мысли, заставляет петь, давит на голову, "устраивает в животе борьбу". Решил, что погибнет, если не уничтожит отчима. С этой целью вернулся домой и убил отчима. Был признан невменяемым и поступил в больницу для принудительного лечения.

Контроль преподавателя: опрос студентов по важнейшим учебным элементам перечня.

3. ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

Исследование больных с расстройствами восприятия, различными бредовыми синдромами и навязчивостями. Анализ описаний.

Задача: составление краткого психического статуса с определением симптомов, синдрома (синдромов).

Средства и инструкции для выполнения задачи

1. План психического статуса (к практическим занятиям 1-8).

Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает боль­ной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время су­ток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание их. Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления" (занятие 3).

2. Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

3. Разборчивая подпись студента и номер группы.

II ДООПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.

2а. Самоконтроль усвоенных учебных элементов.

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ

а). Тесты на опознание.

1. Является ли связанный последовательный сюжет воспринимаемых голосов харак­терным для фонем
2. Могут ли истинные галлюцинации сопровождаться чувством сделанности
3. Является ли наличие стойких и длительных галлюцинаций характерным для син­дрома галлюциноза
4. Могут ли искажаться форма и пропорции предмета при микропсиях

б). Тесты на различие.

1. Укажите признаки, характерные для галлюцинаций:

а) воспринимаются как реальные объекты

б) проецируются во «внутреннем пространстве»

в) сопровождаются чувством «сделанности»

г) воспринимаются как особые явления, отличные от реальных

2. Укажите признаки, характерные для истинных галлюцинаций:

а) близки к представлениям.

Б) воспринимаются как реальные явления

в) проецируются во внешнем мире

г) близки к восприятиям

в) Тесты на классификацию:

Укажите для каких состояний характерно:

1. Галлюциноз а) восприятие без объекта

б) искаженное восприятие реального

2. Метаморфопсии объекта

в) стойкие галлюцинации

А) Тесты на опознание:

1. Является ли бредовой идеей неправильное суждение, возникшее на болезненной почве и не поддающееся коррекции
2. Характерен ли для синдрома психического автоматизма бред воздействия
3. Сохраняется ли при навязчивых мыслях критичность к ним
4. Бывают ли галлюцинации при паранойяльном синдроме
5. Типично ли для параноидного синдрома сочетания бреда величия с бредом

пре­следования

Б) Тесты на различие:

1. Укажите характерные признаки навязчивых состояний:

а) Неотступность, непреодолимость.

Б) Противопоставление воле больного.

В) Отсутствие критики.

2. Укажите характерные признаки синдрома Котара:

а) Тоскливое настроение.

Б) Бред воздействия.

В) Нигилистический бред.

3. Укажите характерные признаки парафренного синдрома:

а) Бред величия.

Б) Бред преследования.

В) Монотематичность

г) Галлюцинации.

В) Тесты на классификацию

Укажите, для какого синдрома характерны симптомы:

I). Синдром Кандинского-Клерамбо. а) Псевдогаллюцинации.

2). Паранойяльный синдром. б) Ассоциативный автоматизм.

в) Сенестопатический автоматизм.

г) Систематизированный бред.

д) Монотематический бред. е) Бред воздействия.

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) тест на подстановку (вставьте недостающее)

1. Для дисмегалопсий характерно...

Неотступность, возникновение против воли больного мыслей, критичность к ним характерны для……………… .

Псевдогаллюцинации, бред воздействия характерны для

б) Тесты конструктивные

1. Перечислите типы иллюзий
2. Перечислите типы галлюцинаторных расстройств

в) Типовая задача

Назовите психопатологический синдром у больного:

Во-ов, 35 лет. Правильно называет число, месяц, год, понимает, что находится в психиатрической больнице, В анамнезе систематическое злоупотребление алкого­лем. Рассказывает, что два дня назад, после многодневного пьянства, вечером ус­лышал за окном голоса знакомых. Один из них называл его пьяницей, говорил, что он нечестный человек, грозил расправой. Второй старался защитить его, доказывал, что он порядочный человек. Голоса слышал отчетливо, легко узнавал, кому они принадлежат. Хотел вмешаться в эту беседу, вышел на улицу, но никого не обнару­жил. Затем неизвестный мужской голос стал угрожать ему убийством. В страхе убежал из дома к соседям, которые вызвали "Скорую помощь". Сейчас этих разго­воров не слышит, но уверен, что они на самом деле были.

2Б. Контроль преподавателя: опрос студентов по важнейшим учебным элементам перечня.

А). Тесты на подставку:

Б) Тесты конструктивные:

1. Перечислите характерные признаки бредовых идей.
2. Перечислите симптомы синдрома Котара.
3. Назовите признаки навязчивых состояний.
4. Перечислите симптомы параноидного синдрома.

В). Типовая задача (назовите психопатологический синдром у больного):

Больной 33 лет, заболел за год до поступления в психиатрическую больницу: в голове путались мысли, слышал голос внутри головы. Понял, что находится под чьим-то влиянием, так как голова всегда "под напряжением". Заявил, что ему делают да­вящие боли в груди. По глазам отчима - "они были какими-то ненормальными", -понял, что все это делает он: именно через отчима покойный президент Кеннеди "выслушивает его мозги". *Чтобы* прекратить издевательство, уехал в Якутию, но и там замечал, что отчим на расстоянии передает свои мысли, заставляет петь, давит на голову, "устраивает в животе борьбу". Решил, что погибнет, если не уничтожит отчима. С этой целью вернулся домой и убил отчима. Был признан невменяемым и поступил в больницу для принудительного лечения.

3. ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

Исследование больных с расстройствами восприятия, различными бредовыми синдромами и навязчивостями. Анализ описаний.

3А Задача: составление краткого психического статуса с определением симптомов, синдрома (синдромов).

3Б Средства и инструкции для выполнения задачи

1. План психического статуса (к занятиям 1-8).

Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает боль­ной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время су­ток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание их. Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления" (занятие 3).

2. Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

3. Разборчивая подпись студента и номер группы.

ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

Взаимоконтроль

а) Проверка и взаимопроверка друг друга при составлении и предварительном обсуждении психического статуса в каждой работающей группе (паре).

б) Коллективная проверка итогов выполнения задач (обсуждение записей психического статуса, их соответствие данным, обнаруженным при демонстрации больного всей группе студентов, правильность анализа синдрома).

4Б. Контроль преподавателя - принаблюдении за работой студентов с больными и при руководстве коллективными обсуждениями результатов курации друг друга при составлении и предварительном обсуждении психического статуса в каждой работающей группе (паре).

б) Коллективная проверка итогов выполнения задач (обсуждение записей психического статуса, их соответствие данным, обнаруженным при демонстрации больного всей группе студентов, правильность анализа синдрома).

Контроль преподавателя - принаблюдении за работой студентов с больными и при руководстве коллективными обсуждениями результатов курации.

**Тема 2**. Расстройства памяти. Слабоумие.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. ПАМЯТЬ, ВИДЫ, ФУНКЦИИ ПАМЯТИ

2. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

3. Гипомнезия

4. Дисмнезия

5. Амнезия фиксационная

6. Амнезия антероградная

7. Амнезия ретроградная

8. Амнезия антероретроградная

9. Амнезия прогрессирующая

10. Парамнезии

11. Конфабуляции

12. Псевдореминисценции

13. Криптомнезии

14. Корсаковский синдром

15. МЫШЛЕНИЕ, УРОВНИ МЫШЛЕНИЯ

16. ВООБРАЖЕНИЕ, Фантазии

17. ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

18. НАРУШЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ МЫСЛЕЙ

19. Замедленное мышление

20. Ускоренное мышление

21. Резонерство

22. Патологическая обстоятельность мышления

23. Разорванность мышления

24. Бессвязность мышления

25. СЛАБОУМИЕ

26. Приобретенное слабоумие (деменция)

27. Виды деменций

28. Лакунарная

29. Глобарная

30. Паралитическая

31. Эпилептическая

32. Шизофреническая

33. Врожденное слабоумие (Олигофрения)

34. СТЕПЕНИ ОЛИГОФРЕНИИ

35. Дебильность

36. Имбецильность

37. Идиотия

2 ДООПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

2а. Самоконтроль усвоения учебных элементов (контрольные тесты)

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ

а). Тесты на опознание:

1. Является ли воспроизведение следов прошлого опыта свойством памяти
2. Является ли нарастающее опустошение памяти признаком ретроградной

амнезии

1. Характерна ли фиксационная амнезия для Корсаковского синдрома
2. Преобладают ли нарушения критичности при лакунарной деменции
3. Является ли нарушение грамматической структуры предложения

особенностью ускоренного мышления.

1. Характерно ли для лакунарной деменции нарушение памяти
2. Характерна ли обстоятельность мышления для сенильной деменции
3. Свойственны ли нарушения памяти шизофреническому слабоумию.

б). Тесты на различение:

1. Укажите характерные признаки Корсаковского синдрома:

а) Прогрессирующая амнезия.

б) Антероградная амнезия.

в) Гипермнезия.

г) Фиксационная амнезия.

д) Конфабуляции.

2. Укажите характерные признаки лакунарной деменции:

а) Слабость суждения.

б) Снижение памяти.

в) Отсутствие памяти.

г) Снижение обобщения.

3. Укажите характерные признаки эпилептического слабоумия:

а) Конкретность мышления.

б) Олигофазия.

в) Обстоятельность мышления.

г) Прогрессирующая амнезия.

д) Разорванность мышления.

е) Уменьшительные слова.

4. Укажите характерные признаки прогрессивно-паралитической деменции:

а) Лакунарный тип деменции.

б) Отсутствие критики.

в) Эйфория.

г) Бессвязность мышления.

д) Бред величия.

в) Тесты на классификацию:

1. Укажите, для каких синдромов характерны следующие признаки:

1. Корсаковский синдром

а) Отсутствие ориентировки во времени и  
 месте

б) Слабость суждения.

в) Отсутствие критики.

2. Г'лобарная деменция г) Фиксационная амнезия.

д) Антероградная амнезия.

е) Конфабуляции.

ж) Конкретно-примитивный уровень мышления

2. Укажите, для каких заболеваний характерны следующие признаки :

1. Атеросклеротическая деменция а) Слабоумие

2. Сенильная деменция б) Отсутствие критики

в) Черствость

г) Грубые нарушения

поведения

д) Прогрессирующая амнезия

е) «Жизнь в прошлом»

ж) Снижение абстракции.

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) Тесты на подстановку:

1. Фиксационная амнезия характеризуется ....
2. Прогрессирующая амнезия характеризуется ....
3. Парамнезии делятся на ....
4. Патологическая обстоятельность характерна для... слабоумия.

5. Для глобарной деменции характерно отсутствие ...

б) Тесты конструктивные:

Перечислите признаки Корсаковского синдрома.

Перечислите признаки лакунарной деменции.

Перечислите виды нарушения мыслей.

Перечислите характерные признаки олигофрении.

в) Типовая задача:

Назовите психопатологический синдром больного:

Больной А.,63 лет не может назвать числа, месяца, года, не может найти своего места в палате. Легко вступает в общение. Правильно называет свою фамилию, имя, отчество, даты Октябрьской революции, Великой Отечественной войны. Способен обобщать однородные предметы в группу (например: стол, стул, кровать - мебель). Пословицу "Не в свои сани не садись" объясняет: "Не за свое дело не берись". Пред­ложенное запомнить имя и отчество собеседника через 3 минуты назвать не мо­жет.

г) Типовая задача:

Назовите психопатологический синдром и диагноз болезни у больного: Больная 69 лет. В течение последнего года бывают головные боли, головокружение. Появилась раздражительность, бессонница, стала уставать от до­машней работы. Иногда забывает имена знакомых, не может вспомнить, куда поло­жила вещь. Затрудняется в запоминании новых фактов, неточно называет даты. Для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его на бумажке. При воспоми­наниях о давних событиях, путает их последовательность, сама замечает свои ошиб­ки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, но иногда оши­бается в простых задачах, обычно поправляет свои ошибки сама. При последова­тельном вычитании из 100 по 7 вначале давала правильные ответы, потом сбива­лась. Не улавливает переносный смысл пословицы. Понимает, что у нее значитель­но снизилась память. Озабочена этим, спрашивает, можно ли ее вылечить. При упо­минании о дочери и внуках на глазах появляются слезы, но тут же, при перемене темы разговора, успокаивается. Держится корректно, опрятна, добродушна.

В неврологическом состоянии - сглаженность левой носогубной складки, справа - небольшая слабость руки и ноги, коленный и ахиллов рефлексы выше нор­мы, изредка - пошатывание при ходьбе.

На рентгенограмме грудной клетки - увеличение размеров левого желудочка сердца, уплотнение аорты, повышение прозрачности легких, глухость тонов сердца.

1. Контроль преподавателя (опрос студентов по перечню учебных

элементов).

3. ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

Исследование больных с нарушениями памяти и мышления, различными типа­ми слабоумия. Анализ полученных данных.

За. Задача - та же, что и в занятиях N1, N2.

Средства и инструкции для выполнения задачи:

1. План краткого психического статуса, стр.20

2. Приемы исследования внимания, памяти, мышления (дополнительно к разде­лу "Мышление и память" в плане психического статуса на стр. 18).

Внимание:

а) Наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной

сосредоточиться, слушая, что ему говорят и пересказать;

б) Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) Перечисление дней недели в обратном порядке.

Память.

а) Проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел.

б) Запоминание нескольких однозначных цифр, слов (не менее пяти), например: нужно спросить их через 1 мин., через 10 мин., через час.

в) Прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания. Например: ПЛОХОЙ СТОРОЖ. У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко. УМНАЯ ГАЛКА. Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было ее достать. Она стала кидать в кувшин камешки и столько набросала, что вода поднялась и можно было пить.

г) Память на прошедшие события, на общеизвестные исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных "на­водящих" вопросов: "Что вчера здесь произошло "."Где вы были вчера ", "Кого встретили "."Куда ходили ","Куда ездили ".

МЫШЛЕНИЕ

Кроме проб, необходимо наблюдение за поведением больного в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувств такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определенной степени слабо­умия во внимание принимается культурный уровень больного, запас знаний.

а) Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание боль­ными возможных причин этих поступков, умение плани-ровать действия при решении привычных задач, например: рассказать, как приготовить пищу, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.д.

б) Способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению исследу­ются путем проб на обобщение однородных понятий, например, стол, стул, диван (мебель), разграничение понятий: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии - более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка; понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применять их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа.

При исследовании критики выясняют:

а) отношение пациента к его болезни в целом - считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает сам факт заболевания;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям: как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи, отношение к этим недостаткам при указании на них состороны. Регистрируют также способ­ность улавливать ошибки в суждениях других больных или ошибки в суждениях, нарочито высказанных собеседником;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больных на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления, как развязность, бестактность.

ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.

Взаимо- и Самоконтроль:

а) то же, что в занятии N 1.

б) то же, что занятии N 1.

46. Контроль преподавателя:

такой же, как и в занятии N 1.

**Тема 3.** Аффективные и кататонические синдромы

**Вопросы для рассмотрения:**

1. ЭМОЦИЯ
2. АФФЕКТ
3. Настроение
4. Тревожность
5. ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИЙ
6. ДИСФОРИЯ
7. ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ
8. Пониженное настроение
9. Двигательная заторможенность
10. Замедленное мышление
11. Маскированная депрессия
12. Реактивная депрессия.
13. Депрессия эндогенного типа
14. Ажитированная депрессия.
15. МАНИАКАЛЬНЫЙ СИНДРОМ.
16. Ускоренное мышление.
17. Повышенное настроение.
18. Двигательное возбуждение.
19. АПАТО-АБУЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
20. Апатия.
21. Абулия.
22. КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.
23. Кататоническое возбуждение.
24. Импульсивность
25. Стереотипия
26. Разорванность мышления
27. Негативизм
28. Кататонический ступор
29. Обездвиженность
30. Мутизм
31. Каталепсия
32. ДООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.

2а. Самоконтроль усвоения учебных элементов (контрольные тесты).

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ:

а) Тесты на опознание.

Является ли пониженное настроение характерным для апатии

Всегда ли депрессивный синдром сопровождается двигательной

заторможенностью­

Может ли кататонический ступор протекать без мутизма

Обязательна ли тревога для ажитированной депрессии

б) Тесты на различие.

1. Укажите признаки, характерные для маниакального

синдрома:

а) ускоренное мышление.

б) двигательная заторможенность.

в) импульсивность.

г) повышенное настроение.

2. Укажите признаки, характерные для кататонического возбуждения:

а) Эхолалия.

б) Эхопраксия.

в) Импульсивность.

г) Стереотипия.

д) Мутизм,

Тест на классификацию.

1. Укажите, для каких синдромов характерны следующие признаки:

а) Веселое настроение.

б) Замедленное мышление.

в) Суицидальные мысли.

г) Идеи переоценки личности.

д) Тоскливое настроение.

е) Повышенная отвлекаемость.

ж) Психическая анестезия.

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) Тест на подстановку:

При апатии можно констатировать ослабление .... .

При депрессивном синдроме обязательно наличие .... .

б) Тесты конструктивные:

Перечислите типичные симптомы кататонического ступора.

Перечислите типичные симптомы маниакального синдрома

Перечислите основные симптомы кататонического возбуждения.

в) Типовая задача 1:

Назовите психопатологический синдром у больного

Больная 54 лет, домашняя хозяйка. Последние 7 мес. постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве. У больной тоскливое, напряженное выражение лица, испытывает страх и тревогу за семью. Опасается, что с нею и с ее родными может случиться что-то, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заниматься, все "ва­лится из рук", ни к чему нет интереса, все потеряло смысл. У сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т.к. она не может работать в та­ком состоянии, не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они скрывают от нее неизлечимую болезнь. Суетлива, временами возбуждение нарастает, ломает руки, мечется по палате.

ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

Исследование больных с аффективными и кататоническими синдромами.

3а. Задача – та же, что и в занятиях N1,2.

3б. Средства и инструкции для выполнения задачи.

2. План психического статуса.

1. Указание к исследованию больных, с которыми не удается установить словесно­го контакта (добавление к плану психического статуса).

Общие реакции, поза:

а) Положение: произвольное, пассивное, вынужденное;

б) Поза: удобная, неловкая;

в) Мимико-моторное проявление отношения к врачу и персоналу:  
негативистическое, раздраженно-недовольное;

г) Сохраняет ли больной положение с пассивно поднятыми конечностями

д) Выражение лица: осмысленное, живое, внимательное, спокойное, беззаботное, тупое, хмурое, растерянное, печальное. Мимика: улыбка, слезы, живое или невыра­зительное лицо. Глаза: открыты, закрыты.

Реакция на инструкцию, выраженную словами: показать язык, сделать движения руками, встать, сесть и т.п.

Тонус мышц: расслабленный, напряженный, нарастающее напряжение при негативистических реакциях, при пассивных движениях.

Эмоциональные проявления (самостоятельные и при разговоре о болезни, о близ­ких, о смерти – отметить, есть ли ускорение дыхания, пульса).

1. ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

Взаимо- и самоконтроль – тот же, что и в занятиях №№ 1,2.

Контроль преподавателя – такой же, как в занятиях № №1,2.

Контроль преподавателя - принаблюдении за работой студентов с больными и при руководстве коллективными обсуждениями результатов курации

**Тема 4.** Нарушение ясности сознания. Симптоматические психозы

**Вопросы для рассмотрения:**

1. СОЗНАНИЕ. Сознательная деятельность. Бессознательная деятельность

2. Самосознание

3. Критерии ясности сознания

4. Ориентировка

5. Психический контакт

6. Амнезия

7. Нарушения ясности сознания

8. Синдромы выключения сознания (апродуктивные)

9. СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ (продуктивные)

10. ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

11. Витальная

12. Аутопсихическая

13. Аллопсихическая (дереализация)

14. СОМАТОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ

15. СИФИЛИТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС

16. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

17.ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФЕКЦИИ

18. ЭКЗОГЕННОГО ТИПА РЕАКЦИИ

19. ЭНДОФОРМНЫЕ СИНДРОМЫ

20. СИНДРОМЫ ИСХОДА ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

21.ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ

ДООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.

Самоконтроль усвоения учебных элементов (контрольные тесты).

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ:

а) Тесты на опознание.

Достаточна ли дезориентировка во времени и месте для констатации нарушения сознания

Является ли ложная ориентировка признаком делирия

Характерна ли бессвязность мышления для аменции

Является ли выключение сознания на мгновение, без судорог, типичным для транса?

б) Тесты на различие.

Укажите характерные признаки сопора:

а) Отсутствие контакта с больным

б) Зрительные галлюцинации

в) Дезориентировка во времени, месте, собственной личности.

г) Двигательное возбуждение.

д) Обездвиженность.

Укажите характерные признаки делирия:

а) "Двойная ориентировка" в месте.

б) Ложная ориентировка в месте.

в) Зрительные галлюцинации.

г) Бессвязность мышления.

д) Двигательное возбуждение.

в) Тест на классификацию.

1. Укажите, для каких синдромов характерны симптомы:

1. Онейроид. а) Двойная ориентировка.
2. Делирий. б) Ложная ориентировка.

в)Истинные зрительные галлюцинации.

г)Зрительные псевдогаллюцинации.

д)Несоответствие поведения галлюцинаторным переживаниям

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) Тест на подстановку:

Бессвязность речи и хаотическое возбуждение характерно для

Острое начало с глубокой дезориентировкой, автоматическими действиями, аг­рессией, последующей амнезией характерно для

Отсутствие ориентировки, обездвиженность, сонливость характерны

для……….

б) Тесты конструктивные:

Перечислить признаки апродуктивных форм нарушения сознания.

Перечислить критерии ясности сознания.

Типовая задача

Назовите вид нарушения ясности сознания у больного:

Больной К-ов,39 лет. Правильно называет число, месяц и год, собственное имя и отчество. На лице страх, озирается по сторонам, стряхивает с себя что-то. Заявляет, что он находится в цехе, на него летит стружка. На вопросы отвечает непоследовательно: неожиданно замолкает и делает какие-то движения - объясняет это тем, что переносит ящики.

ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

Исследование больных с синдромами нарушения ясности сознания.

3а. Задача – та же, что и в занятиях N1,2.

3б. Средства и инструкции для выполнения задачи.

2. План психического статуса.

1. Указание к исследованию больных, с которыми не удается установить словесно­го контакта (добавление к плану психического статуса).

Общие реакции, поза:

а) Положение: произвольное, пассивное, вынужденное;

б) ориентировка в месте, времени, собственной личности;

в) возможность установления психического контакта;

г) Выражение лица: осмысленное, живое, внимательное, спокойное, беззаботное, тупое, хмурое, растерянное, печальное. Мимика: улыбка, слезы, живое или невыра­зительное лицо. Глаза: открыты, закрыты.

отметить сохранность рефлексов.

1. ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

4а. Самоконтроль – тот же, что и в занятиях №№ 1,2.

4б. Контроль преподавателя – такой же, как в занятиях № №1,2.

Модуль № 3 Частная психиатрия

**Тема 1.** Шизофрения, эндогенные аффективные психозы (рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство (БАР).

**Вопросы для рассмотрения:**

1. ЭТИОЛОГИЯ ШИЗОФРЕНИИ
2. Наследственное предрасположение
3. Полигенная (биопсихосоциальная модель) концепция шизофрении
4. Экзогенные влияния
5. КЛИНИКА ШИЗОФРЕНИИ
6. Симптоматика шизофрении
7. Расстройства мышления
8. Эмоционально-волевые нарушения
9. Патология поведения
10. ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ
11. Этапы течения
12. Инициальная стадия
13. Неврозоподобное начало
14. Психопатоподобное начало
15. Начало с апато-абулических явлений
16. Шизофренический приступ
17. Ремиссия
18. Шизофренический дефект
19. Олигофренический плюс
20. Конечное состояние
21. Типы течения шизофрении
22. Непрерывно-прогредиентный
23. Приступообразно-прогредиентный
24. Периодический (рекуррентный)
25. ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ
26. Простая
27. Гебефреническая
28. Кататоническая
29. Параноидная
30. Циркулярная
31. Детская шизофрения
32. Юношеская шизофрения
33. ЭТИОЛОГИЯ эндогенных аффективных психозов (рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство).
34. КЛИНИКА эндогенных аффективных психозов (рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство).
35. Депрессия и ее типы
36. Депрессия эндогенного типа
37. Тревожная депрессия
38. Маскированная депрессия
39. Маниакальный синдром
40. Течение
41. Этапы течения
42. Фаза
43. Интермиссия
44. Типы течения
45. Депрессивный тип
46. Маниакальный тип
47. Циркулярный тип (биполярный)
48. Циклотимия

2.ДООПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

2А. Самоконтроль усвоения учебных элементов (контрольные тесты) ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ.

а) Тест на опознание:

1. Придается ли экзогенным факторам основная роль в возникновении шизофрении  
   и БАР?
2. Являются снижение и искажение эмоционального уровня характерными призна­ками шизофрении?
3. Может ли кататоническая форма шизофрении протекать только с кататоническим возбуждением?
4. Характерны ли для шизофрении и БАР симптомы нарушения памяти?

б) Тест на различение:

1. Укажите признаки, характерные для параноидной формы шизофрении:

а) бред преследования

б) кататоническое возбуждение

в) апато-абулический синдром

г) бред величия

д) синдром Кандинского-Клерамбо

2. Типичны для шизофрении:

а) бред величия

б) разорванное мышление

в) эмоционально-волевое снижение

г) сумеречное состояние

д) ослабление критики

3. Укажите признаки, характерные для маниакальной фазы:

а) веселое настроение

б) ускоренное мышление

в) разорванность мышления

г) бездеятельность

4. Укажите признаки, характерные для депрессивного синдрома:

а) бред преследования

б) тоскливое настроение

в) бред самообвинения

г) замедленное мышление

д) заторможенность действий

в) Тесты на классификацию:

Укажите, какие из приведенных синдромов характерны для:

1. Параноидной формы а) кататоническин ступор

2. Циркулярной формы б) депрессивный синдром

3. БАР в) бредовые идеи преследований

г) гебефреническое возбуждение

д) маниакальное возбуждение

е) веселое настроение

ж) замедленное мышление

з) суицидальные мысли

и) идеи переоценки личности

к) тоскливое настроение

л) повышенная отвлекаемость

м) психическая анестезия

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ.

а) Тест на Подстановку:

1. Циркулярную форму шизофрении следует дифференцировать с .
2. Простая форма шизофрении характеризуется Синдромом………….. .
3. БАР характеризуется .

б) Тесты конструктивные:

1. Охарактеризуйте типичные проявления инициального этапа Шизофрении.
2. Укажите признаки конечного состояния шизофрении.
3. Перечислите типичные симптомы депрессивной фазы.

в) Типовая задача (поставить синдромальный и нозологический диагноз):

Больная 19 лет, студентка. Заболела остро: появилась тревога, бессонница, го­ворила, что не хочет жить, пыталась броситься под автомобиль. Была заторможен­ной, на лице было застывшее выражение страха, сопротивлялась попыткам пере­одеть ее, принимала вычурные позы и подолгу не меняла их. Не отвечала на вопро­сы. После лечения состояние улучшилось, рассказала, что видела вокруг себя страшные картины атомной войны, разрушались целые города, гибло множество людей, среди которых были и ее близкие.

Пробыла в больнице два с половиной месяца. Каких-либо изменений в характер больной близкими не отмечено: оставалась общительной, сохранялись прежние ин­тересы. Через полгода вновь появилась бессонница, стала раздражительной, не окончив одного дела, бралась за другое. Целыми днями слушала музыку по радио, вдруг начинала танцевать, пела, заявляла, что она - великая актриса. Вторично была помещена в психиатрическую больницу. В отделении прыгает, пляшет. Внезапно выкрикивает громко отдельные слова, подбегает к двери, стучит в стену, ударяет больных, бросает на пол попавшие ей в руки вещи, выплёвывает пищу.

По­вторяет действия и слова окружающих. На вопрос, как себя чувствуешь, ответила: "Как себя чувствуешь? больной... как вас зовут... обут...". Настроение повышено, много беспричинно смеется, заявляет, что она - богиня красоты. Гримасничает. Всему сопротивляется, не выполняет требований.

ТЕСТЫ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

а) Нетиповая задача (поставить синдромальный и нозологический диагноз, провести дифференциальный диагноз):

Больному 40 лет, слесарь. Дядя по линии матери страдал психическим заболе­ванием, был подозрительным, преследовал жену обвинениями в измене. Отец умер в возрасте 63 лет от рака печени, мать - в 59 лет от кровоизлияния в мозг. Отец по характеру был уравновешенным, отзывчивым, общительным. Мать - вспыльчивой, властной, гордой, замкнутой.

Окончил 5 классов, работал в колхозе. Терпеливый, сдержанный, спокойный. В 20-летнем возрасте женился, отношения в семье были хорошими. В возрасте 36 лет стал раздражительным, придирчивым, упрямым, ссорился с женой по малейшему поводу. 3 года тому назад однажды его пригласили в прокуратуру для дачи свиде­тельских показаний по делу о драке. Тяжело переживал это - у него были основания предполагать, что его тоже привлекут к ответственности. Выйдя из прокуратуры, заметил, что за ним следом идут незнакомые люди. Решил, что за ним установили наблюдение. Старался обмануть "шпионов", уйти от них. С этой целью уехал на железнодорожную станцию за 200 километров от места жительства. Но и там ему показалось, что незнакомые люди ходят возле него, хотят его окружить, убить, пришел за помощью в отделение милиции, но по лицам сотрудников понял, что Они тоже против него. Убежал в страхе через железнодорожные пути, попал под поезд. Был доставлен в больницу, где была произведена ампутация правой голени. В боль­нице был тревожен, считал, что персонал в заговоре против него: уверял, что его хотят отравить лекарствами, поэтому отказывался от инъекций. Пытался покончить с собой, затянув шею полотенцем. В связи с этим переведен в психиатрическую больницу. Был тревожен, подозрителен. Считал, что его намеревались убить, опа­сался, что преследователи могут его обнаружить и в этой больнице. Отказывался от лекарств. Принимал таблетку только после того, как кто-нибудь из больных прогла­тывал таблетку из этой коробки. Сообщил врачу, что некоторые больные специаль­но посланы сюда для наблюдения за ним, он якобы слышал, как одна из медсестер говорила больным: "Не спускайте с него глаз". Заметил, как они подают жестами друг другу какие-то знаки, переглядываются. Лечился. После отмечалось некоторое безразличие, вялость, с работой справлялся удовлетворительно.

б) Нетиповая задача (поставить синдромальный и нозологический диагноз, провести дифференциальный диагноз):

Больная 40 лет, домохозяйка. Отец умер от рака пищевода, мать - от кровоиз­лияния в мозг. В детстве болела корью, малярией. Закончила 10 классов, потом по­ступила в лесотехнический институт, но в связи с начавшейся войной оставила его. Работала нормировщицей, кассиром.

Замужем 20 лет. Было 4 беременности, из них 2 закончились родами, а 2 - медицинскими абортами. По характеру - общитель­ная, решительная, честолюбивая, гордая. В 30-летнем возрасте, после смерти отца, у больной возникла тоска, с трудом выполняла домашнюю работу, пропал интерес к жизни. Спустя 3 месяца настроение постепенно выровнялось, вновь стала активной, общительной.

Подобные состояния наступали у больной дважды; в возрасте 32 и 34 лет без видимой причины. Тоска была глубокой, не разговаривала, медленно двигалась. Лечилась в психиатрической больнице, принимала мелипрамин, В промежутках между приступами считала себя здоровой. Родные не замечали каких-либо перемен в характере больной. Перед последним поступлением в возрасте 40 лет появились мысли о своей никчемности, несколько раз хотела покончить с собой, но родные замечали во время ее приготовления.

Сознание ясное, число, месяц и год называет правильно, лицо печально, глаза открыты, углы рта опущены. Говорит тихим, монотонным голосом с паузами, не­многословна. Неохотно поднимается с постели, ходит медленно. Жалуется на тоску. Уверена, что никогда не выздоровеет, будет всю жизнь мучиться, лучше ей умереть сейчас. К вечеру тоска несколько уменьшается, больная становится общительнее. В соматическом и неврологическом состоянии отклонений не выявлено.

ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

**I. СХЕМА КРАТКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст.
3. Основные анамнестические данные, если их можно получить у больного (СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ).

A. Семейный анамнез.

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

Б. Анамнез жизни.

Раннее детство. Возраст родителей в момент рождения больного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Когда начал ходить, говорить. Детские заболева­ния, течение их и последствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нервность, припадки.

Школьный период. Начало обучения, успеваемость, усидчивость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе и их причины.

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

Семейная жизнь. Когда вступил в брак, отношения в семье.

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные, нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

B. Анамнез заболевания.

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

1. Основные данные из неврологического и соматического статуса

(указать только отклонения).

1. Краткий психический статус.
2. Синдромальный диагноз.
3. Предположительный диагноз болезни.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях. Б. Психический статус: см. зан.1.

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).

КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА

(методика клинического разбора).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описа­ния больного в истории болезни, но для *того,* чтобы диагноз был правильным, нуж­но также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содейство­вать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном слу­чае.

ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фак­тических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует пом­нить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания при­знаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленным единым патогенезом и за­кономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, кото­рой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соот­ветствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр.38 "Номенклатура син­дромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клиниче­ской картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивиро­вать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от ти­повой картины.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терми­нологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия.

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его со­стоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и фор­мирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности боль­ного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмот­рены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Долж­ны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

**Тема 2.** Психогенные заболевания и пограничные расстройства (неврозы, реактивные психозы, психопатии).

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Акцентуация характера

2. Психопатии

3. Критерии психопатии

4. Классификация психопатий

5. Динамика психопатий

6. Отклонения поведения у детей и подростков

7. Психическая травма

8. Психологическая зашита

9. РЕАКТИВНЬЕ ПСИХОЗЫ

10. Аффективно-шоковые реакции

11. Острое транзиторное сумеречное состояние

12. Эмоциональный ступор

13.ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

14.РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ

15.РЕАКТИВНЫЕ (ПСИХОГЕННЫЕ) ПАРАНОИДЫ

16.Индуцированный бред

17.ПСИХОГЕННЫЕ АНОМАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ

18.НЕВРОЗЫ

19.ДЕТСКИЕ НЕВРОЗЫ

20.НЕВРОТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

21.НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

2. ДООПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

2А. Самоконтроль усвоения учебных элементов.

ТЕСТЫ ПЕРВОГО УРОВНЯ

а) Тесты на опознание:

1. Является ли психологическая травма этиологическим фактором психогений?
2. Являются ли раздражительность, повышенная утомляемость, бессонница призна­ками неврастении?
3. Является ли ступор признаком реактивной депрессии?
4. Является ли органическое поражение мозга причиной ядерной

психопатии?

1. Происходит ли при психопатии ослабление умственных способностей?

б) Тесты на различение:

I) Укажите характерные признаки для псевдодеменции:

а) мимоговорение

б) нарочитость поведения

в) неориентированность во времени

г) навязчивые страхи

в) Тесты на классификацию:

I) Укажите, для каких психопатологических состояний характерны следующие сим­птомы:

1. Реактивный параноид а) пониженное настроение

2. Реактивная депрессия б) идеи виновности

в) суицидальные мысли

г) страх

д) слуховые галлюцинаций

е) идеи преследования

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) Тесты на подстановку:

1. При индуцированном параноиде необходимой чертой характера индуцируемого является ……………….. .

2. Иатрогения есть следствие .

3. Стремление быть в центре внимания, демонстративность и театральность поведе­ния характерны для психопатии.

б) Тесты конструктивные:

1. Перечислите типичные признаки невроза навязчивых состояний.
2. Укажите признаки истерического невроза.
3. Перечислите признаки психастении.
4. Перечислите признаки истерической психопатии.

в) Типовая задача 1 (поставить синдромальный и нозологический диагноз):

Больная 3 лет. В возрасте 2.5 лет, играя во дворе, увидела, как мальчик упал и порезал до крови себе шею. На другой день она пришла к матери, потрогала ее шею, потом свою и сказала: "Мама, он упал," и снова погладила себе шею. После этого родители заметили у больной подёргивание шеи, она время от времени делала пово­роты шеи вправо, как бы освобождая ее от стеснения воротником. Движения эти много раз возобновлялись в течение дня. Во время обследования на приеме держит­ся застенчиво, но добродушно, реагирует на ласку, проявляет интерес к игрушкам, лежащим на столе у врача. Умственное развитие соответствует возрасту, речь гра­мотная. Охотно рассматривает показываемые ей картинки, перечисляет изображен­ные предметы и персонажи, уловила настроение двух разговаривающих людей на картинке и правильно определила, что они сердятся. На протяжении получасовой беседы у больной каждые 5-10 минут возникают толчкообразные подергивания шеи вправо, которые она как бы не замечает. На вопрос, что с ней происходит, отвечает: "Так просто, не знаю".

В неврологическом состоянии: повышение сухожильных рефлексов на ногах, холодные, влажные руки. Соматическое состояние без отклонений. Амбулаторное лечение в течение 3 недель привело к значительному улучшению с почти полным исчезновением тиков.

Типовая задача 2. Больному 19 лет. Отец умер от соматического заболевания, страдал хроническим алкоголизмом, пил запоями. Мать жива, здорова, по характеру спокойная, добро­душная. Родился в срок. По словам матери, в раннем детстве больной был вялым, сонливым. Только к трем годам начал ходить и говорить. Болел корью, скарлатиной, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 7 лет. Два года учился в пер­вом классе, но не смог усвоить программу. Был переведен во вспомогательную школу, с трудом окончил 6 классов. Работал на стройке разнорабочим, иногда помо­гал в домашнем хозяйстве. Профессии приобрести не мог, последнее время работал учеником слесаря, со своими обязанностями справляется с трудом, выполняет толь­ко подсобную работу. Со сверстниками не ладит, обижает слабых, не может посто­ять за себя, в то же время легко попадает под чужое влияние.

Не может назвать текущего года, путает месяц, вообще не знает, сколько в году месяцев, путает их названия. Не может сказать, сколько дней в неделе, устный счет производит с ошибками: 2+3 в ответе 6, 6+8 в ответе 8, 8+2 в ответе 7. Читает по слогам, медленно. Многосложные слова произносит неправильно. Пишет только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню «Лиса и жу­равль», не смог передать ее содержания, не понял смысла, не может перечислить сторон света, из городов знает только Москву и Петербург, но столицу России на­звать не может. Интереса к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал, рассматривает картинки. В ответ на просьбу рассказать, что на них изображено, перечисляет отдельные предметы и персонажи: «девочка, стул, яблоко, тетя, дядя». В неврологическом состоянии – сходящееся ко­соглазие, сглаженность левой носогубной складки. В соматическом состоянии от­клонений не выявлено.

1. ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ (Такой же, что в теме 1)

Тема **3.** Алкогольная зависимость (алкоголизм), наркомании, токсикомании.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. АЛКОГОЛИЗМ

2. Первая стадия алкоголизма (стадия психической зависимос­ти)

3. ВТОРАЯ СТАДИЯ (стадия физической зависимости)

4. ТРЕТЬЯ СТАДИЯ (стадия алкогольной деградации)

5. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

6. ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА

7. НАРКОМАНИИ

8. ТОКСИКОМАНИИ

9.. ПСИХОЗЫ ПРИ НАРКОМАНИЯХ

10. Дифференциальный диагноз с эндогенными заболеваниями

11. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИИ

ДООПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

2А. Самоконтроль усвоения учебных элементов (контрольные тесты)

а) Тесты на опознание:

1. Придается ли синдрому похмелья основная роль в диагнозе хронического алкоголизма?
2. Является ли нарушение памяти обязательным признаком алкогольной деградации?
3. Могут ли наблюдаться вербальные галлюцинации при алкогольном галлюцинозе?
4. Является ли запойное пьянство признаком начальной стадии алкоголизма?

б) Тесты на различение:

1. Укажите характерные признаки алкогольного делирия:

а) страх, тревога

б) ложная ориентировка

в) зрительные галлюцинации

г) эйфория

д) последующая амнезия

2. Укажите признаки Корсаковского психоза:

а) полиневрит

б) зрительные галлюцинации

в) фиксационная амнезия

г) конфабуляции

д) возбуждение

в) Тесты на классификацию:

Укажите, для какого психоза характерны:

1. Алкогольный делирий
2. Алкогольный галлюциноз

а) правильная ориентировка во времени и месте.

б) ложная ориентировка

в) зрительные галлюцинации

2. Алкогольный галлюциноз г) слуховые галлюцинации

д) возбуждение

ТЕСТЫ ВТОРОГО УРОВНЯ

а) Тесты на подстановку:

1. Хронический алкоголизм диагностируется при появлении….. .
2. Алкогольный абстинентный синдром характеризуется .

б) Тесты конструктивные:

1. Назовите признаки алкогольной деградации личности.
2. Укажите основные формы алкогольных психозов.

в) Типовая задача (поставьте синдромальный и нозологический диагноз):

Больной 40 лет, сантехник. Злоупотребляет алкоголем 15 лет. Последние 6 лет Опохмеляется, с этого же времени пьёт запоями длительностью до недели. Часто употребляет суррогаты. Отмечаются амнезии. Спустя два дня после запоя длитель­ностью в 6 дней стал испытывать страх, бессонницу, при закрытых глазах видел "каких-то диковинных зверей". Ночь перед поступлением в больницу не спал, стряхивал с себя пауков, тараканов, гонялся за крысами. Слышал голоса собутыльников за окном, которые предлагали ему выпить, с любопытством прислушивался к ним. В момент поступления в больницу неправильно называл число, говорил, что попал в тюрьму. При соматическом обследовании выраженный тремор рук, гиперемия лица, температура тела 37.8.

ТЕСТЫ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

а) Нетиповая задача (поставьте синдромальный и нозологический диагноз, проведите дифференциальный диагноз):

Больному 50 лет, красильщик. Родители умерли, когда ему было 2 года, воспи­тывался в чужой семье В школу пошел с 7 лет, окончил 7 классов, учился хорошо. В 19 лет был призванв армию, был контужен, после чего у него ухудшился слух. По характеру был компанейским, "душа общества", веселым, вспыльчивым, ревнивым, самолюбивым. С 16 лет стал выпивать, вначале изредка, потом чаще. С 17 лет пил по 0,5-0,75 л. водки ежедневно. Пил также одеколон. К 30 годам начал опохмелять­ся. С этого же времени стал пьянеть от небольших количеств спиртного. Женат с 22 лет. Отношения с женой первые 3-4 года были хорошими, затем начались ссоры. Жена бранила его за пьянство, много раз собиралась оставить его, но он каждый раз давал обещания, что не будет больше пить, просил прощения. Становился всё более эгоистичным, безразличным к инте­ресам семьи, черствым. Года 4 тому назад стал замечать, что жена часто уходит из дома, что она хуже к нему относится. Если, придя, домой с работы, не заставал ее дома, настойчиво выяснял, где она была. Подозревал, что она ему изменяет, следил за ней. Возникали ссоры, жена плакала, больной усматривая в этом подтверждение своих подозрений. Однажды во дворе увидел жену, оживленно разговаривающую с мужчинами из их дома. Позже увидел, что к ним на дачу заходит сосед (ему 70 лет). Все это его окончательно его убедило, что жена ему неверна. Требовал у нее при­знаний, усматривал доказательства неверности в том, что постель вечером заправ­лена не так как утром, видел подозрительные пятна на белье жены. По утверждению больного, жена ухитрялась выйти из комнаты, не отпирая двери, поэтому делал осо­бые отметки на дверях и окнах. Во время ссор, которые возникали почти ежеднев­но, угрожал жене расправой. Однажды побил ее, был привлечен за это к уголовной ответственности.

В отделении приветлив, достаточно общителен, помещение в больницу считает несправедливым, обвиняет в этом жену, считает ее лицемерной. Он уже давно соби­рает доказательства ее неверности: бывало, что в доме пахнет папиросами, хотя оба не курят, в гостях, на вечерах жена нередко выходила в другую комнату следом за каким-нибудь мужчиной. Намерен после выписки из больницы развестись с ней, так как не желает больше терпеть ее "безобразное " поведение, она может "развра­тить сына". Память, мыслительные способности не нарушены. Проявляет интерес к чтению.

ОПЕРАЦИОННАЯ ЧАСТЬ (Такая же, что в теме 1)

ПООПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ (Такой же, что в теме 1)

Тема **4**. Экспертиза при психических заболеваниях, алкоголизме, токсикоманиях, наркоманиях (медико-социальная военная, судебная). Организация психиатрической помощи. Закон о психической помощи в РФ. Лечение психических больных, деонтология, реабилитация.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

2. ТРУДОВАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

3. ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

4. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

5. Вменяемость

6. Дееспособность

7. Принудительное лечение

8. Опека

9.Аггравация

10. Симуляция

11. Диссимуляция

12. ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

13. Амбулаторная помощь

14. Консультативное наблюдение

15. Диспансерное наблюдение

16. Стационарная помощь

17. Психиатрическое освидетельствование

18. Госпитализация в психиатрический стационар

19. Добровольная госпитализация

20. Показания к недобровольной госпитализации

21. Освидетельствование и госпитализация детей и подростков

22. Врачебная тайна

23. Деонтология

24. Реабилитация. Психосоциальная терапия. Психообразование.

25. ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ.

**Схема направления в психиатрический, наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

Телефон \_\_\_\_\_

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, психиатрическое отделение, наркологический диспансер)

ФИО пациента

Год рождения \_\_ Домашний адрес \_\_ '

Место работы \_\_\_ профессия

Сведения об инвалидности срок п/о

адреса родственников (фамилия, имя, отчество) ' -

. ; \_\_\_ \_\_\_ № тел. .

Основание для госпитализации в стационар \_ \_\_\_\_\_

Госпитализация: а) добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

Последний раз лечился в

\* (наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о параклинических обследованиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) направляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стационар, диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контроль самостоятельной работы студентов: проверка рефератов и историй болезни.

Отработка умения направления в психиатрический и наркологический стационар

**ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ УИРС.**

1. Основные типы течения шизофрении. Особенности инициального этапа при шизофрении
2. Начальные формы алкоголизма
3. Социально-психологические причины возникновения алкоголизма
4. Методика санитарно-просветительской работы в борьбе с алкоголизмом
5. Причины возникновения неврозов
6. Систематика невротических состояний
7. Роль микросоциальных условий в формировании психопатий
8. Основные принципы организации больничной психиатрической помощи согласно Закона РФ "О психиатрической помощи".
9. Выявление ран­них форм психических заболеваний
10. Первая и неотложная помощь психически больному.
11. Основные показания для стационирования.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Балльно-рейтинговая система оценивания учебных достижений обучающихся** | |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "5 БАЛЛОВ" 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 "4 БАЛЛА" 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 "3 БАЛЛА" 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. |
| Оценкой "2 БАЛЛА" оценивается ответ, обнаруживающий не полное знание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; знанием некоторых основных вопросов теории, не полностью сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "1 БАЛЛ" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся не раскрытием темы; не знанием основных вопросов теории, не сформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, не владением монологической речью, снижением логичности и последовательности. В ответе содержится единичные (случайные) верные высказывания и суждения. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
|  |  |
| **тестирование** | Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов. |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов. |
| **Контроль выполнения практического задания** | Оценка «5 Баллов» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию полной истории болезни, (амбулаторной истории болезни): применена правильная методика обследования больного и его расспроса, нет ошибок в описанном анамнезе и психическом статусе, верно отражена полнота обследования, верно поставлен синдромальный и нозологический диагноз, последовательное, логичное и грамотное изложение, соответствие представленной форме полной истории болезни (амбулаторной истории болезни). |
| Оценка «4 Балла» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию полной истории болезни (амбулаторной истории болезни), но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; имеются упущения в оформлении. |
| Оценка «3 Балла» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию полной истории болезни (амбулаторной истории болезни). В частности, форма соблюдена частично; допущены фактические ошибки при обследовании больного, его расспросе; диагноз выставлен некорректно, нелогичное изложение. |
| Оценка «2 Балла» выставляется если обучающийся не следовал рекомендованной форме написания, синдромальный диагноз неверен, обнаруживается существенное непонимание методики обследования и расспроса больного |
| Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос о состоянии больного. Объяснение хода обследования отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск практического занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные для написания истории болезни |
| **Проверка практических навыков** | Оценка «5 Баллов» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию психического статуса: применена правильная методика обследования больного и его расспроса, нет ошибок, верно отражена полнота обследования, верно поставлен синдромальный диагноз, последовательное, логичное и грамотное изложение, соответствие представленной форме. |
|  | Оценка «4 Балла» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию психического статуса больного, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; имеются упущения в оформлении. |
|  | Оценка «3 Балла» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию психического статуса. В частности, форма соблюдена частично; допущены фактические ошибки при обследовании больного, его расспросе; нелогичное изложение. |
|  | Оценка «2 балла» выставляется если обучающийся не следовал рекомендованной форме написания, выявленные симптомы болезни неверны, обнаруживается существенное непонимание методики обследования и расспроса больного |
|  | Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос о состоянии больного. Объяснение хода обследования отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
|  | Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные планом для проведения семинарских (практических) занятий; невыполнение домашнего задания и аудиторных заданий |
| **защита реферата** | Оценка «5 БАЛЛОВ» 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 «4 БАЛЛА» 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 «3 БАЛЛА» выставляется если обучающийся допускает несущественные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы. |
| Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, содержание реферата не соответствует теме; допущены грубые ошибки в содержании реферата, во время защиты отсутствует вывод. |
|  | Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
|  | Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать тему реферата. |

3.**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам.

Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в **баллах от 0 до 30.**

Критерии формирования зачетного рейтинга, обучающегося при проведении промежуточной аттестации по дисциплине «Психиатрии, наркологии»:

Неуспешное выполнение одного из заданий промежуточной аттестации не является основанием для недопуска обучающегося к выполнению других заданий промежуточной аттестации.

**Задание №1 промежуточной аттестации зачета – решение ситуационных задач (максимальный балл – 10 баллов).**

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации зачете по заданию №1 – **решение ситуационных задач.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели ответа студента** | **Баллы** |
| студент самостоятельно и правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы | 9-10 |
| студент самостоятельно и в основном правильно решил учебнопрофессиональную задачу, уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагал свое решение, используя понятия профессиональной сферы. | 7-8 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, слабо аргументировал свое решение, используя в основном обыденные понятия, а не понятия профессиональной сферы. | 5-6 |
| студент в основном решил учебно-профессиональную задачу, допустил несущественные ошибки, не смог аргументировать | 3-4 |
| Студент решил с грубыми ошибками, помощью преподавателя. | 1-2 |
| студент не решил учебно-профессиональную задачу или. | 0 |

**Задание №2 промежуточной аттестации экзамена – ответ на теоретические вопросы в устной форме (максимальный балл – 20 баллов)** состоит минимум из двух теоретических вопросов, направленных на проверку знаний, умений и навыков по программе дисциплины.

Каждый из вопросов «задания №2 промежуточной аттестации зачета» оценивается согласно критериям оценки.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации зачете по заданию №2 – ответ на теоретические вопросы в устной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| Ответ на теоретические вопросы в устной форме. | **10 баллов — (ПРЕВОСХОДНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса а также сведения выходящие за его пределах учебной программы, а также по основным вопросам, выходящим за ее; * Точное использование научной терминологии стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы; * Полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку |
| **9 баллов — (ОТЛИЧНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса * Точное использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа; * Достаточно полное усвоение основной и в значительной степени дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Достаточное умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им критическую оценку |
| Оценкой "5-6 БАЛЛОВ" 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. |
| **8 баллов — (ПОЧТИ ОТЛИЧНО):**   * Систематизированные, глубокие и полные знания вопроса; * Использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы; * Достаточно полное усвоение основной и и частичное усвоение дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине |
| **7 баллов — (ОЧЕНЬ ХОРОШО):**   * Глубокие и полные знания вопроса однако недостаточно систематизированные; * Использование научной терминологии однако трудности в логически правильном изложении ответа; * Достаточные знания основной и недостаточные знания дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание основных теориях, концепций и направлений по изучаемой дисциплине |
| **6 баллов — (ХОРОШО):**   * Достаточно полные, но недостаточно систематизированные знания в объеме учебной программы; * Использование необходимой научной терминологии, кроме того испытывает трудности в логически правильном изложении ответа; * Усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знание лишь основных теориях, концепциях и направлений по изучаемой дисциплине |
|  | **5 баллов — (ПОЧТИ ХОРОШО):**   * Достаточные знания в объеме учебной программы, которые излагаются не всегда последовательны и систематизированы, а также выявляются определённые недочеты в ответе; * Использование научной терминологии, стилистически грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы; * Знания основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины;   Знания основных теорий, концепций и направлений по изучаемой дисциплине с некоторыми недочетами в ответе |
|  | **4 балла — (УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО), ЗАЧТЕНО: \_\_**   * Недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта, требуется периодически задавать наводящие вопросы, чтобы получить правильный ответ. * Неполное усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Ограниченное использование научной терминологии;   Посредственные знания основных теорий, концепций и направлений по изучаемой дисциплине |
|  | **3 балла — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО), НЕЗАЧТЕНО:**   * Выявляется ограниченный объем знаний в рамках образовательного стандарта, наводящие вопросы не всегда позволяют получить правильный ответ; * Слабые знания основной литературы, рекомендованной учебной программой дисциплины; * Редкое использование отдельных научных терминов, изложение ответа на вопросы сумбурное, непоследовательное с существенными лингвистическими и логическими ошибками; * Незнание основных теорий, концепций и направлений изучаемой дисциплины;   На предложенные дополнительные вопросы не смог ответить |
|  | **2 балла — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО):**   * Фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта; * Отрывочные знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой дисциплины; * Плохое знание научной терминологии дисциплины, наличие в ответе грубых смысловых, стилистических и логических ошибок;   Незнание ни одной научной теории, концепции и направления изучаемой дисциплины |
|  | **1 балл — (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО):**  Полное отсутствие знаний в рамках образовательного процесса или отказ от ответа |

После ответа обучающимся на все вопросы, предусмотренные заданием №2,высчитывается сумма баллов по **Заданию №2 промежуточной аттестации зачета – ответ на теоретические вопросы в устной форме.**

После прохождения обучающимся всех двух задач, предусмотренных промежуточной аттестацией - зачет, высчитывается зачетный рейтинг обучающегося=сумме значение результатов (баллов) по каждому из заданий.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

В случае получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг обучающегося в этом случае не рассчитывается.

Дисциплинарный рейтинг обучающегося выражается в баллах по 100-бальной шкале и может быть увеличен на величину бонусных баллов (при их наличии).

Дисциплинарный рейтинг по дисциплине (модулю) обучающегося (Рд) рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга (Ртс) и экзаменационного (зачетного) рейтинга (Рэ/Рз) по формуле:

**Рд = Ртс + Рэ/Рз**

Где:

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ/Рз – зачетный рейтинг.

Итоговая оценка по дисциплине определяется на основании дисциплинарного рейтинга (максимально 100 баллов) по таблице перевода

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
|  | зачет |
| 86 – 105 баллов |  | зачтено |
| 70 – 85 баллов |  | зачтено |
| 50–69 баллов |  | зачтено |
| 49 и менее баллов |  | не зачтено |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ПСИХИАТРИИ.**

1. Предмет и задачи психиатрии.
2. Организация психиатрической помощи в России.
3. Понятия здоровья и нормы в психиатрии.
4. Психопатологические симптомы и синдромы.
5. Методы обследования, применяемые в психиатрии.
6. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства, истинные и псевдогаллюцинации).
7. Нарушения ассоциативной деятельности.
8. Бред.
9. Навязчивые состояния.
10. Основные бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный).
11. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.
12. Расстройства памяти.
13. Корсаковский синдром.
14. Олигофрении.
15. Деменции.
16. Эмоциональные расстройства.
17. Расстройства воли и влечений.
18. Синдромы аффективных расстройств.
19. Кататонический синдром.
20. Формы двигательного возбуждения.
21. Клинические признаки расстроенного сознания. Синдромы снижения уровня сознания.
22. Синдромы помрачения сознания.
23. Нарушение физиологических функций (аппетита, сна, сексуальных функций) и соматические расстройства как симптомы психических заболеваний.
24. Астенический синдром.
25. Синдром слабоумия.
26. Навязчивые состояния.
27. Ипохондрический синдром.
28. Синдром дисморфомании (дисморфофобии).
29. Понятие психотерапии.
30. Сифилис мозга.
31. Прогрессивный паралич.
32. Соматические заболевания как причина психогенных и экзогенных психических расстройств.
33. Клиника острой алкогольной интоксикации.
34. Хронический алкоголизм.
35. Абстинентный синдром.
36. Наркомании.
37. Опийная интоксикация.
38. Токсикомании.
39. Алкогольные психозы.
40. Белая горячка.
41. Алкогольный галлюциноз.
42. Корсаковский психоз.
43. Шизофрения. Основные этапы: инициальный, манифестный, конечное состояние.
44. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные ) формы.
45. Шизофрения. Основные типы течения.
46. Юношеская злокачественная шизофрения.
47. Маниакально-депрессивный психоз.
48. Психогенные заболевания.
49. Реактивные психозы.
50. Неврозы.
51. Неврастения.
52. Невроз навязчивых состояний.
53. Истерический невроз.
54. Основные принципы лечения неврозов.
55. Психопатии. Понятие компенсации и декомпенсации.
56. Клинические варианты психопатий.
57. Методы психологической и социальной помощи при психопатиях.
58. Суицидальное поведение при психических заболеваниях.

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

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ**

**ЗАДАЧА № 1**

Больному 20 лет. Анамнез: отец погиб в автокатастрофе, был застенчив, подчинялся жене. Мать здорова, отличается замкнутостью, холодностью и болезненным самолюбием. Болел корью, коклюшем. С детства был застенчив, замкнут, неразговорчив, эгоистичен. Очень трудно сходился с новыми людьми, избегал их. Со сверстниками чувствовал себя неловко, предпочитал общество взрослых, любил молча слушать их разговоры. Был холоден и неласков, обидчив злопамятен. Дети его избегали и называли «гордым» и «стариком», обидные клички задевали его, сердился, убегал, плакал. Просьбы матери выполнял неохотно, говорил, что его отрывают от дел, а свои дела считал важными. Учился в школе отлично, был примерным, старательным, много читал, любил естественные науки и собирался стать агрономом. По окончании 11 классов школы пошел работать на завод рабочим, так как считал, что ему необходимо до поступления в институт приобрести жизненный опыт и освободиться от материальной зависимости. Через год удачно сдал вступительные экзамены в сельскохозяйственный институт. Учился отлично, но неожиданно для всех со 2-го курса института отчислился. Объяснил это тем, что разочаровался в выбранном пути, что он хочет работать в области плодоягодных культур, а институт выпускает специалистов по зерновым. Завел переписку с ВУЗами, с целью выяснить, есть ли у них интересующий его факультет и могут ли его принять без экзаменов, ответы приходили отрицательные, оставался без определенных занятий. Ухаживал за дворовыми посадками, а затем заявил матери, что поступил в техническое училище, чтобы получить специальность токаря. Один месяц учился, затем перестал посещать занятия.

Сидел без дела, курил, ходил из угла в угол, о чем-то думал, почти не разговаривал. При чужих людях старался не показываться. Часто чему-то улыбался. Читая книгу, часами не перевертывал страницу, на недоумение матери отвечал «все хорошо», просил не мешать ему думать. Днем часто ложился в кровать, лежа курил, дремал. Писал какие-то заявления, рисовал на них геометрические фигуры, изображение треугольной печати, потом все это сжигал и пепел выбрасывал на улицу. Матери отвечал нехотя, грубо, отказывался от обычных обязанностей по дому, не обращал внимания на то, что мать больна, не выходил из своей комнаты. Иногда уходил на 5 – 6 часов, а по возвращении говорил, что отсутствовал всего 1 час, что за временем не следит. Перестал спать, похудел, выглядел неряшливым. Был угрюмым, неприветливым.

Психический статус: бедная мимика, молчалив, неохотно говорит о своей болезни, считает, что психически здоров, что его нужно выписать домой, но обстановкой больницы не тяготится. Днем спит или ходит молча по палате. Ни о чем не спрашивает, с персоналом и больными не разговаривает, иногда берет карандаш и рисует треугольники, не объясняет, зачем он это делает, прячет рисунки. Отказывается от свидания с матерью «мы недавно виделись». Неряшлив, не умывается, не хочет бриться, отказывается от трудотерапии, с трудом удается отправить его в курительную комнату, пытается курить в палате.

В неврологическом и соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 2**

Больному 25 лет, служащий. Анамнез: мать по характеру неуравновешенная вспыльчивая, властная, постоянно тревожилась о здоровье единственного сына. Исполняла все его желания, не позволяла никому вмешиваться в ее отношения с ним. Умерла от туберкулеза легких, когда больному было 12 лет. Отец здоров – ответственный работник, мало уделял внимания сыну, «слабохарактерный». Больной, кроме кори и пневмонии ничем не болел. С раннего детства был капризным, вспыльчивым, эгоцентричным. Матерью был приучен к беспрекословному исполнению всех его желаний, привык к похвалам с ее стороны, к поощрениям за хорошие отметки, будучи учеником начальной школы, получал немало денег на «карманные расходы». Бурно реагировал на любое замечание преподавателя, дерзил, демонстративно выбегал из класса. Успеваемость была хорошей, занятия ему давались легко, обладал хорошей памятью, много читал. К успехам других относился ревниво, страдал, если его недооценивали, был честолюбив. Любил общество, но постоянно конфликтовал с товарищами, ни в чем не уступал, легко раздражался, не терпел возражений, требовал, чтобы всегда его признавали правым, наносил в запальчивости оскорбления. Никогда не просил прощения, долго сердился на обидчика. Будучи в 7 классе, после ссоры с учительницей перестал ходить на ее уроки, из-за пропусков были и серьезные конфликты с администрацией школы.В период службы в армии тоже постоянно конфликтовал с начальством. В ответ на любое замечание повышал голос, грубил, бросал доверенное ему дело, всегда считал себя правым; совершал самовольные отлучки, убегал с гауптвахты, тем не менее, прослужил положенный срок до конца.В возрасте 24 года поступил в машиностроительный институт, в институте учился два года. Как и в школе, успеваемость была хорошей. С товарищами и с преподавателями вступал в пререкания. Накричал однажды на коменданта общежития, который сделал ему замечание по поводу беспорядка в комнате, стал жаловаться ректору на вмешательство в его дела, не найдя поддержки, написал жалобу в деканат, настаивал на разборе дела. Дело кончилось его уходом из института с третьего курса, решил поступить на работу электромонтером. Узнав, что его вдовствующий отец собирается жениться, устроил скандал, выгнал из дома женщину, с которой его познакомил отец, как со своей будущей женой, оскорбил ее. Когда узнал, что отец все же встречается с нею, потребовал выделения ему имущества, денег. Взяв деньги, которые ему завещала мать, уехал в другой город. На работу не устроился, жил на выданные отцом деньги, когда деньги закончились, распродал свои вещи и вернулся к отцу. Отец устраивал его работать на разные места, но везде дело кончалось скандалом и увольнением. По инициативе отца был консультирован психиатром психоневрологического диспансера, после чего с целью обследования направлен в психиатрический стационар.

Психический статус: Держится развязно, громко критикует порядки учреждения, отказывается от лабораторных исследований, возмущается тем, что его долго не вызывают к врачу, кричит что он не сумасшедший, поэтому к нему должно быть особое отношение. На исследовании у психолога не стал выполнять никаких заданий. Легко возмущается по любому поводу, требует к себе особого внимания, оскорбляет персонал. Предъявляет много требований, считает, что они должны быть немедленно выполнены. Обнаруживает хорошую память, начитан, в курсе происходящих в стране и за рубежом событий. О себе говорит как о жертве неблагоприятных условий жизни, винит в своих неудачах отца, считает, что если бы отец не женился, они с ним хорошо могли жить вдвоем. Говорит, что во всех учреждениях он сталкивается с плохими людьми, поэтому у него возникали ссоры. Собирается учиться на вечернем отделении Московского университета.

При обследовании установлено: со стороны внутренних органов и нервной системы без патологии.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 3**

Больная 40 лет, уборщица. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Мать больной умерла от туберкулеза легких, отец злоупотреблял алкоголем, умер от заболевания сердца. Родилась в срок, в детстве часто болела простудными заболеваниями. В школу пошла в 7 лет, училась слабо, была плохая память. После окончания 7 классов работала уборщицей на заводе. По характеру замкнутая, обидчивая, вспыльчивая, любит говорить «правду в глаза», поучать других, в связи с чем, часто конфликтовала с соседями, родственниками, друзей не имеет. Замужем не была, все время жила одна. С 11 летнего возраста отмечает состояния, когда возникали головокружения, длившиеся 1-2 минуты, сопровождавшиеся приятными ощущениями «блаженства», сознание полностью не теряла, «все как-то отдалялось», собеседники раздражали, голоса слышала издалека. В возрасте 20-ти лет упала, поскользнувшись на льду, «ушибла голову». Неизвестно была ли потеря сознания; домой дошла самостоятельно, несколько дней болела голова, но продолжала работать, за медицинской помощью не обращалась.

С 24-х лет возникали состояния, когда внезапно появлялось необъяснимое стремление бежать из дома. В течение нескольких часов бродила по улицам, много раз ее находили спящей на земле. Когда приходила в себя, неожиданно обнаруживала, что находится в незнакомом месте и не помнила, как здесь оказалась. Эти состояния с годами возникали реже, но постепенно еще более снизилась память, стала очень придирчивой, злопамятной. Спонтанно возникали беспричинные колебания настроения с преобладанием тоски, озлобленности. Днями настроение было таким, что люди ее боялись, не разрешала подходить к себе, кричала на сотрудников, или совсем не разговаривала, только злобно оглядывала всех. По настоянию родственницы консультирована психиатром, направлена на стационарное лечение.

Психический статус: в психиатрическую больницу поступила в состоянии растерянности, не знала, где она находится, молча озиралась по сторонам, не ела. На другой день проснулась в хорошем настроении, правильно называла месяц, год, приблизительно день и дату. Не могла сказать, как попала в больницу. У больной плохая память: не помнит, когда умерли ее родители, дат значимых событий; не запомнила имени лечащего врача. Не понимает шуток. Речь с бедным словарным запасом. Пример речи больной: «У меня комнатка светлая, чистенькая, кругом подушечки беленькие, все чистенькие, светленькие. У двери сундук вот здесь, направо стул старый - старый, еще бабушкин, она умерла уже давно, еще я была маленькой совсем, я мою пол с мылом каждый день, все мою и мою, нет ни пылиночки нигде. Спрашиваете в чем моя болезнь? Вы думаете, болезнь вещь какая-то, в чем она лежит в стакане или в чернильнице? Ни в чем моя болезнь, во мне она, а я человек, а не вещь вовсе, вот!». В беседе с врачом несколько раз повторяет одну и ту же фразу, застревает на мелких деталях, при попытке врача сменить тему разговора, проявляет раздражение. Мышление конкретное. Пословицу «шила в мешке не утаишь», толкует: «шило острое, порвет мешок, и будет мешок испорчен, мешок нужен для муки, а ее нельзя сыпать в дырявый мешок, там отверстие будет и все высыплется понемногу и будет мало муки, дыра будет, а мука нужна для хлебушка». Разницу между рекой и озером определяет: «озеро круглое, а река длинная».

На протяжении 3-х недель психическое состояние без изменений, просит о выписке. При обследовании установлено: со стороны внутренних органов и нервной системы без патологии.

В анализе спинномозговой жидкости цитоз 2 в 1 кубическом мм, белок 0,33%. На краниограмме без существенной патологии.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 4**

Больной 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита.

По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве.

Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни. Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 5**

Больной 69 лет, находится под наблюдением психоневрологического диспансера. Анамнез: Родилась 2-ой из 3-х детей в семье служащих. Мать страдала гипертонической болезнью, умерла от инсульта в возрасте 60 лет. Отец умер в возрасте 70 лет от онкологического заболевания. Старший брат перенес инсульт. Ранее развитие правильное. Окончила 9 классов средней школы, курсы секретарей. Всё время работала секретарем. Пользовалась авторитетом сотрудников, была исполнительной, добросовестной в работе, имела почётные грамоты. Замуж вышла в 22 года. Семейные отношения были хорошими, воспитали 2-х сыновей. По характеру тревожно-мнительная, чувствительная, ранимая, все принимала «близко к сердцу». Климакс в 49 лет, протекал тяжело с «приливами жара» и потливостью, с колебаниями настроения, плаксивостью. После ухода на пенсию по возрасту активно занималась домашними делами, провожала и встречала внуков из детского сада и школы. С 60 лет беспокоят головные боли, головокружения, после волнений повышалось артериальное давление до 160/100 мм рт.ст, настроение стало неустойчивым, преимущественно сниженным, с тревожным оттенком, слезливостью, реакциями слабодушия, часто раздражается по мелочам, нарушился сон. Продолжая заниматься домашними делами, стала заметно уставать. Значительно ухудшилась память, преимущественно на текущие события, стала забывать имена знакомых, куда положила нужную ей вещь.

Психический статус: Жалуется на частые головные боли, шум в голове, головокружение. Отмечается затруднение в запоминании новых фактов, неточно называет даты; для того, чтобы не забыть имя своего врача, записывает его в блокнот. При воспоминании о давних событиях, путает их последовательность, сама замечает свои ошибки, при этом очень огорчается. Устный счет производит правильно, но иногда ошибается в простых задачах. Обычно поправляет свои ошибки сама, однако при последовательном вычитании из 100 по 7 вначале давала правильные ответы, потом сбилась и не могла определить, в чем ее ошибка. Не может понять состояния больных, находящихся вокруг нее, считает, что они «немного нервные». Не улавливает переносного смысла пословиц, некоторые метафоры трактует буквально. Не справляется с задачами на нелепости. Понимает, что у нее значительно снизилась сообразительность. Озабочена тем, что ей стало трудно выполнять домашнюю работу, спрашивает можно ли вылечить ее. При упоминании о внуках на глазах появляются слезы, но тут же, при перемене темы разговора успокаивается. Держится корректно, добродушна, приветлива, опрятна.

В неврологическом состоянии нерезко выраженная сглаженность левой носогубной складки. Сухожильные рефлексы живые, выявляется симптом Маринеску, изредка пошатывание при ходьбе.

В соматическом состоянии: выглядит старше своих лет, извитые и жесткие сосуды на висках и на кистях рук. Глухость тонов сердца. Ад 130/85 мм рт ст. Над легкими «коробочный» перкуторный звук. Сухие свистящие хрипы.

На рентгеноскопии увеличение размеров левого желудочка сердца, уплотнение аорты, повышенная прозрачность легких.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 6**

Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. Назавтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 7**

Больному 60 лет, сельхозработник. Анамнез: сестра больного много лет больна психически, неоднократно лечилась в психиатрической больнице, сейчас она не работает, инвалид 2-ой группы, живет дома, бездеятельна. Родители погибли в автокатастрофе, когда больному было 7 лет. Воспитывался бабушкой. Закончил 9 классов общеобразовательной школы, учился хорошо. С 18 до 20-ти лет служил в армии, служба протекала спокойно. После демобилизации работал бригадиром в колхозе, заведующим складом. Болел простудными заболеваниями. По характеру общительный, добродушный. Курит с 17-ти лет, алкоголь употребляет с 20-ти лет, выпивает 2 – 3 раза в месяц по 300 – 400 граммов водки, вина, родственники, якобы, стремление к опохмелению не отмечали. Женат с 22-х лет, семейные отношения благополучные, есть взрослый сын. Два месяца тому назад в состоянии опьянения попал под машину, получил ушиб головы. Два дня был в коме. После выхода из состояния выключенного сознания на фоне сильных головных болей, общей слабости не запоминал текущих событий, не ориентировался в месте пребывания, времени, путал имена родных, рассказывал медработникам разнообразные вымышленные события. Находился полтора месяца в районной больнице.

Психический статус: Не знает дней, дат, неправильно указывает месяц и год. Не помнит, когда и при каких обстоятельствах поступил в больницу. Не находит свою кровать. Путает хронологическую последовательность событий жизни, события прошлого переносит в настоящее время. Рассказывает, что ждет жену, они поедут с нею в лесхоз, за дровами, в другой раз собирался пойти посмотреть за коровой «как бы не увели ее со двора». При исследовании интеллектуальных функций обнаруживает несостоятельность: делает ошибки в счете 3х12=30, 24, тут же соглашается, что ошибся, но правильного ответа не дает. Все показываемые ему предметы называет правильно. На вопрос, какие он знает овощи, ответил: «Разные бывают». При инструкции назвать общим словом морковь, капусту, картофель – «это продуктивная пища». Во время беседы быстро утомляется, проявляет раздражительность, гневливость высказывает угрозы. В отделении постоянно жалуется на головную боль, отказывается выполнять задания, ссылается на усталость. Настроение с эйфорическим оттенком. С врачом держится фамильярно, не соблюдает дистанцию, пытается довольно плоско шутить. К своей мнестико-интелектуальной недостаточности критика отсутствует.

В неврологическом состоянии: при ходьбе пошатывание, сглаженность левой носогубной складки, положительный симптом Маринеску и хоботковый рефлекс. Резкая головная боль, головокружения. При незначительном физическом усилии краснеет лицо, покрывается каплями пота.

В cоматическом состоянии выраженной патологии не выявлено. В спинномозговой жидкости цитоз в 1 мм3, белок 0,33%. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательная.

На протяжении двух месяцев психическое состояние было однообразным. Был выписан; через год уменьшились дезориентировка, головная боль, головокружение, стал меньше ошибаться в счете, но оставался беспомощным, выйдя на улицу, был не способен найти свой дом, не запоминал текущих событий, с трудом и неполностью вспоминал давние, наблюдались ложные воспоминания, мышление оставалось крайне примитивным, свое состояние критически не оценивал, наблюдались, хотя и в меньшей степени, эйфория, немотивированная раздражительность и агрессивность.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 8**

Больной 78 лет. Анамнез: мать больной отличалась деспотичным характером. В старости за несколько лет до смерти у нее возникло расстройство памяти и неправильное поведение. Отец умер от рака пищевода. Старшая сестра больной – 76 лет, в течение последних лет страдает выраженными расстройствами памяти. Вяла, бездеятельна, неряшлива.

Больная росла и развивалась нормально. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, закончила 9 классов. Работала курьером, машинисткой, вахтером. С 55 лет вышла на пенсию, не работала. В 18 лет вышла замуж, имела 3 беременности, закончившихся нормальными родами. Климакс в возрасте 50 лет, протекал безболезненно. Физически больная всегда была крепкой, только однажды болела в возрасте 28 лет воспалением легких. По характеру тревожная, склонная к колебаниям настроения. Отличалась аккуратностью и большим чувством долга. Начиная с 63 лет, постепенно становилась все более раздражительной, упрямой, несговорчивой, преобладало пониженное настроение. Позже, с 67 лет, по ничтожному поводу могла кричать, нецензурно бранила родных, придиралась к ним, большинство их действий вызывало у нее недовольство, стала мелочной и скупой. Спустя еще два года окружающие заметили, что больная забывает имена, цифры, числа, адреса, не берет сдачу в магазине. Стала воровать у соседей продукты, посуду, разные мелочи, прятала их, потом забывала, куда положила краденое. Обвиняла родных и соседей в том, что они воруют у нее продукты, вещи. Среди ночи вставала, бродила по квартире, пыталась выйти из дома. Когда ее хотели раздеть и уложить, она всякий раз оказывала сопротивление, кричала «на помощь», «караул». Вскоре изменилось поведение больной и в дневное время: она стала суетливой. Уходила из дома, бродила по улицам, не находила обратную дорогу, часто домой ее провожали соседи или сотрудники полиции. Иногда зажигала газовую плиту и ставила на огонь пустую кастрюлю.

Психическое состояние: в первые дни пребывания в отделении бесцельно бродит по палатам, не находит свою койку, ложится на чужие постели, в дальнейшем стала находить свою палату, койку, туалет. Жалуется, что у нее воруют вещи, избивают ее. Обращается к другим больным с требованием вернуть ей «три халата, плюшевое пальто, чулки, два платья», злобным тоном угрожает, иногда бьет больных, говорит, что позовет милиционера. По ночам собирает свою постель, завязывает в простыни, говоря: «Надо ехать». Окружающих называет родственниками, сослуживцами или соседями. В ответ на вопрос, что она сегодня делала, сообщает: «Отправила детей в школу и пошла на работу». Говорит, что ей то 34 года, то 14 лет, что родители ее живы и в настоящее время заняты в огороде.

В неврологическом статусе - легкая сглаженность левой носогубной складки, сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях несколько снижены.

Соматическое состояние: дряблость и землистый оттенок кожи, глухость тонов сердца, А/Д=140/80 мм.рт. ст. Со стороны дыхательной и пищеварительной систем выраженной патологии нет.

Результаты МРТ-параметров показали: поражение белого вещества головного мозга в перивентрикулярной зоне и в области семиовальных центров (лейкоараиозис); увеличенное по сравнению с возрастной нормой межкрючковое (interuncal) расстояние, расширение перигиппокампальных щелей, уменьшение объема гиппокампа.

Данные ЭЭГ: отмечается подавление α- ритма в затылочной области, смещение фокуса его спектральной мощности в теменно-центральные области, смещение максимальной мощности в θ- и Δ- частотных диапазонах в центральные теменные области, генерализация Δ-активности и сдвиг ее фокуса в теменно-затылочные области.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 9**

Больному 50 лет. Родители умерли, когда больному было 2 года, воспитывался в чужой семье. В детстве перенес ряд инфекционных заболеваний, рос и развивался соответственно возрасту. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо, закончил 9 классов. В профессиональном училище получил специальность слесаря, потом работал на заводе. Во время службы в армии (с 18-ти до 20-ти лет) перенес контузию головного мозга, в дальнейшем ухудшился слух. По характеру был общительным, «душа компании», веселым, вспыльчивым, ревнивым, самолюбивым. Женат с 22 лет, от брака имеет двоих детей. Отношения с женой первые три-четыре года были хорошими, затем начались ссоры. С 16-ти лет начал выпивать, в начале изредка, потом чаще, постепенно перестал контролировать количество потребляемого алкоголя, забывал отдельные эпизоды периода опьянения. С 25-ти лет толерантность возросла до 0,5-0,75 л. водки, стал испытывать выраженное влечение к спиртному, пил до нескольких дней подряд, к 30 годам начал опохмеляться. Жена бранила его за пьянство, много раз собиралась оставить его, но он каждый раз давал обещания, что «не будет больше пить», просил прощения. Становился все более эгоистичным, безразличным к интересам семьи, черствым, раздражительным. Года четыре назад стал замечать, что жена куда-то часто уходит из дома, что она хуже к нему относится. Если, придя с работы, не заставал ее дома, настойчиво выяснял, где она была. Ответы жены не удовлетворяли больного. Подозревал, что она ему изменяет, следил за ней. Возникали ссоры, жена плакала, больной усматривал в этом тоже подтверждение своих подозрений. Однажды во дворе увидел жену, оживленно разговаривающую с мужчинами из их дома, позже заметил, что к ним на дачу часто заходит сосед (ему 70 лет). Все это окончательно его убедило, что жена ему неверна. Требовал у нее признания, находил доказательства ее неверности в том, что постель вечером заправлена не так, как утром, видел подозрительные пятна на одежде жены. По утверждению больного, жена ухитрялась выйти из комнаты, «не отпирая двери», поэтому делал особые отметки на дверях и окнах. Во время ссор, которые возникали почти ежедневно, угрожал жене расправой, однажды избил ее, был привлечен за это к уголовной ответственности.

Психический статус. Фон настроения приподнят, приветлив, достаточно общителен, несколько развязен в поведении. Не скрывает факт злоупотребления алкоголем. Не видит в этом ничего предосудительного. С большой охваченностью рассказывает о своих взаимоотношениях с женой, при этом становится напряженным, злобным. Уверен в ее изменах, обиженно рассказывает о «причиненном ему оскорблении», приводит нелепые доказательства ее неверности. Без тени стеснения описывает пятна, обнаруженные на ее белье. Свое помещение в больницу считает несправедливым, обвиняет в этом жену. Считает ее лицемерной. Он уже, якобы, давно собирает доказательства ее неверности: бывало, что в их доме «пахнет табаком», хотя оба не курят, в гостях жена нередко выходила в другую комнату следом за каким-нибудь мужчиной. Намерен после выписки из больницы развестись с нею, так как «не желает больше терпеть ее безобразное поведение», она может «развратить сыновей». Память, мыслительные способности не нарушены. В отделении пытается занять себя чтением, к которому проявляет довольно поверхностный интерес.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 10**

Больному 37 лет. Родители злоупотребляли алкоголем, воспитанием ребенка не занимались, рос без надзора, был общительным, шаловливым. В школу пошел с 7 лет, учился без желания, пропускал уроки, не готовил домашние задания, формально переводился из класса в класс. После 8-го класса начал работать в строительной бригаде разнорабочим. С 18 до 20 лет служил в армии. Служба протекала нормально, взаимоотношения с сослуживцами и командирами были удовлетворительными. Женат с 22-х лет, имеет одного ребенка. Употреблять спиртные напитки начал с 13-ти летнего возраста, систематическое злоупотребление алкоголем - с 19лет, когда впервые появилась психическая зависимость, напивался до глубоких степеней опьянения, испытывал навязчивое влечение к алкоголю. С 25-ти лет значительно возросла толерантность к алкоголю, влечение к спиртному стало носить неодолимый характер, стал пить запоями длительностью до месяца, тогда же возникли амнестические формы опьянения. После запоев беспокоили головокружение, тошнота, потливость, бессонница, пропадал аппетит, стал регулярно опохмеляться. В опьянении груб, циничен, придирчив. В семье частые скандалы из-за его пьянства. Последние пять лет на одном месте работы долго не удерживался, обычно его увольняют за прогулы.

Год назад, после очередного запоя, на фоне проявлений похмелья перестал спать по ночам, испытывал страх, стал подозрительным, ночью слышал голос соседа, доносившийся сверху, который грозил ему убийством, бранил за пьянство, за вред, который он причинил семье. Утром голос исчез. Через год, будучи в командировке в течение двух недель каждый день употреблял алкоголь. Возвратившись домой, на вокзале услышал голос жены. Она, якобы, окликала его, потом стала звать на помощь: плача, «говорила», что она попала под поезд и осталась без ноги. Больной побежал в медицинский пункт вокзала, стал просить, чтобы спасли его жену. Оттуда был доставлен в психиатрическую больницу.

Психический статус. Напряжен, тревожен, испытывал страх, говорил «здесь со мной расправятся». Вместе с тем, правильно определял свое местонахождение («в психиатрической больнице»), верно называл текущую дату, уверял, что он здоров, а жена действительно плакала и просила о помощи. Говорил, что со всех сторон он слышит мужские и женские голоса, они угрожают ему «смертной казнью», называют его «пьяницей», «развратником», обсуждают его поступки. Другие голоса приглашают его выпить, защищают его, возражают осуждающим.

Состояние больного на 10-й день улучшилось: исчезли страх, галлюцинации, стал принимать участие в играх, смотреть телевизионные передачи. Память не нарушена. Считает, что в состоянии побороть влечение к алкоголю, что мог это сделать и раньше, преуменьшает тяжесть пьянства, причиной своего пьянства считает разногласия с женой. Доказывает, что прогулы у него были случайными, не связанными с пьянством, будто с работы его не увольняли, а он уходил сам.

В соматическом состоянии: сердцебиение, пульс 90-95 ударов в 1 минуту. Глухость тонов сердца. Боли в подложечной области после еды, изжога, запоры. В неврологическом состоянии: тремор пальцев рук, век, резко выраженный стойкий красный дермографизм.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 11**

Больной 49 лет, домохозяйка. Отец был здоров, умер в старости, мать умерла от рака груди. В детстве болела ветряной оспой. Воспитывалась в условиях доминирующей гиперопеки. Наследственность психопатологически не отягощена. Окончила 7 классов. Несколько лет работала кассиром, после того, как вышла замуж, не работает, занимается домашними делами. По характеру – мнительная, тревожная, застенчивая, зависела от мужа, не могла самостоятельно принять какого-либо решения.

С 48 лет стали нерегулярными менструации, беспокоят «приливы жара» к голове, головные боли, утомляемость, раздражительность, плохой сон. Обратилась в психоневрологический диспансер месяц назад после того, как умер муж от рака желудка. Тяжело переживала утрату, много плакала, сон был прерывистый, с трудностью засыпания, при засыпании видела мужа, который звал ее к себе, казалось, что за ее спиной кто-то стоит, настроение было пониженным, постоянно думала о том, как она будет жить одна без мужа, страшили материальные затруднения.

Настроение подавленное, выражение лица печальное, на глазах слезы. Постоянно думает о муже, слышит его голос, видит по вечерам сбоку его тень. Рассказывая об этом, плачет, верит, что жизнь для нее потеряла смысл. Часто жалуется на головные боли, на участившиеся приступы «приливов жара», потливость, сердцебиение. После лечения (трех недель) тоска значительно уменьшилась. Стала ходить на прогулки. Хлопотала об устройстве на работу.

В неврологическом состоянии без отклонений. В соматическом состоянии: гиперемия лица, влажность рук, учащение пульса при упоминании о смерти мужа до 115 ударов в минуту, колебания АД до 165/110 мм.рт.ст. Глухость тонов сердца.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 12**

Больному 46 лет, бухгалтер. Родители были здоровы, уравновешены, умерли в старости. По характеру жизнерадостный, общительный, трудолюбивый. Образование 11 классов и курсы бухгалтеров. Во время службы в армии (19 лет) перенес воздушную контузию, лечился 1 месяц в госпитале, после выписки продолжал служить в части. По окончании службы в армии работал бухгалтером. За год до поступления в психиатрическую больницу появилась рассеянность, забывчивость, стал делать ошибки в работе. Перешел на более легкую работу подсобного рабочего на кирпичном заводе. Стал неряшлив, легкомысленно относился к делам, тратил деньги на пустяки, под влиянием других мог напиться пьяным, хотя сам никогда к выпивке не стремился. Недавно продал кому-то кирпич со двора завода; уличенный, нелепо оправдался тем, что постройка из этого кирпича государству обойдется дешевле потому, что человек, купивший этот кирпич, «будет строить своими силами», а на государственной стройке «надо еще платить рабочим» - строителям. В другой раз взял в магазине с прилавка пачку концентратов и две бутылки кефира, придя домой хвастался тем, что «ни копейки не потратил» на приобретение этих продуктов. Порезав палец, для перевязки отрезал кайму у шторы, мотивируя это тем, что штора от этого не стала хуже и что «со своей шторой» он может поступать, как ему заблагорассудится. В последние дни появились судорожные припадки с потерей сознания.

Психический статус. У больного маскообразное лицо, монотонная, невнятная (дизартричная) речь. Не помнит событий дня, имя лечащего врача запоминает после неоднократного повторения. Плохо помнит и давние события своей жизни. Делает ошибки в устном счете: «3х12» получает в ответе «32», «7+15» получает «27». Пословицу «не в свои сани не садись», объяснил: «Надо иметь свои сани». Не замечает своих ошибок, при указании на них снисходительно заявляет, что всякий может ошибиться. Настроение благодушное, с оттенком эйфории, всем доволен, со всем легко соглашается. Считает, что он здоров, обладает хорошей памятью, может работать «начальником на заводе», «командовать полком, армией».

В неврологическом состоянии: анизокария, отсутствие реакции зрачков на свет, при сохранности ее на конвергенцию. Сглажена левая носогубная складка, фибриллярные подергивания в языке, ослабление коленных рефлексов.

Соматическое состояние – бледность лица, пониженное питание. Глухость тонов сердца. АД 130/82 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 13**

Больному 40 лет, слесарь. Родной дядя страдал психическим заболеванием, был подозрительным, преследовал жену обвинениями в измене. Отец умер в возрасте 63 лет от рака печени, мать – в 59 лет от кровоизлияния в мозг. Отец по характеру был уравновешенным, отзывчивым, общительным. Мать была вспыльчивой, властной, гордой, замкнутой.

Окончил 5 классов, работал в колхозе. Терпеливый, сдержанный, спокойный. В 20-летнем возрасте женился, отношения в семье были хорошими. В возрасте 36 лет стал раздражительным, придирчивым, упрямым, ссорился с женой по малейшему поводу. Три года тому назад, однажды его пригласили в прокуратуру для свидетельских показаний по делу о драке, у него были основания предполагать, что его тоже привлекут к ответственности. Выйдя из прокуратуры заметил, что за ним следом идут незнакомые люди. Решил, что после этого за ним установили наблюдение. Старался обмануть «шпионов», уйти от их наблюдения. С этой целью уехал на железнодорожную станцию за 200 км от места его жительства. Но и там ему показалось, что незнакомые лица ходят возле него, «слышал», как они договариваются окружить и убить его, пришел за помощью в отделение полиции, но по лицам сотрудников понял, что они тоже против него. Убежал в страхе через железнодорожные пути, попал под поезд.

Был доставлен в больницу, где ему была произведена ампутация правой голени. В больнице был тревожен, считал, что персонал в заговоре против него, слышал угрожающие «голоса», уверял, что его хотят отравить лекарствами, поэтому отказывался от инъекций. Пытался покончить с собой, затянув шею полотенцем. В связи с этим переведен в психиатрическую больницу.

Был тревожен, подозрителен. Считал, что его намеревались убить, опасался, что преследователи могут его обнаружить и в этой больнице. Отказывался от лекарств. Принимал таблетки после того, как кто-нибудь из больных проглатывал таблетку из этой же коробки. Сообщил врачу, что некоторые больные специально подосланы сюда для наблюдения за ним, он якобы слышал, как одна из медсестер говорила этим больным: «не спускайте с него глаз». Замечал, как они подают жестами друг другу какие-то знаки, переглядываются.

На протяжении последующих трех лет несколько раз поступал в больницу. Каждый раз лечение в стационаре дает улучшение, но вскоре идеи преследования вновь возникают. Поддерживающее лечение в диспансере принимает не аккуратно.

В неврологическом состоянии и со стороны внутренних органов отклонений не выявлено.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 14**

Больному 36 лет, слесарь. Отец злоупотреблял алкоголем, по характеру мягкий, безвольный, неряшливый. Мать уравновешенная, застенчивая, умерла в возрасте 56 лет от рака желудка. Единственный брат больного злоупотребляет алкоголем, по характеру – беспечный, добродушный, легко поддающийся влиянию со стороны других. Больной окончил 9 классов, затем железнодорожный колледж, учился хорошо, с 18 лет начал работать помощником машиниста. По характеру был стеснительным, трудно сходился с людьми, чувствовал себя одиноким. В возрасте 16 лет стал выпивать, в состоянии опьянения становился общительным, веселым, робость пропадала. С 20 лет пил систематически, якобы для того, чтобы избавиться от «несмелости, заторможенности». В 22 года женился, имеет трех детей. С 25 лет выпивал по 1 – 2 раза в неделю по 0,5 – 1 литра водки. В последние годы пьянеет от двух-трех рюмок. С 26 лет во время похмелья испытывает сильную слабость, дрожание конечностей, головные боли, боли в сердце, после небольшой дозы водки эти явления исчезают. Из-за злоупотребления алкоголем был отстранен от работы помощника машиниста, работает сейчас слесарем, часто делает прогулы. В семье скандалы: не приносит зарплаты домой, пропивает вещи. Последние три года пьет по 15 – 20 дней, промежутки, когда бывает трезвым, становятся все короче. Пьет не только водку, но и одеколон, йодную настойку, лосьон. После запоев появляется бессонница, страх смерти. Однажды, лежа в кровати, увидел образ мужчины в черном, который подавал ему бутылку. В сентябре 2012 года пил в течение 20 дней, однажды уснул на улице. Вечером у него появился озноб, поднялась температура до 38 градусов. Пить перестал. Появилась бессонница, немотивированные тревога, страх. На третьи сутки после прекращения запоя ночью разбудил жену и заявил, что у них полная комната мышей и крыс, схватил одеяло и пытался разогнать их. Увидев, как особенно большая крыса бежит по кровати, в страхе выбежал на кухню, но и тут увидел, что по полу около его ног бегают мыши и крысы. Одна из крыс мужским голосом «пригласила его выпить». В связи с возбуждением и неправильными действиями был помещен в психиатрическую больницу.

Психический статус. Озирается по сторонам, периодически стряхивает с себя что-то, брезгливо морщась. Неожиданно, сняв шапку с головы, хлопнул ею по кушетке, как бы отгоняя кого-то. Выражение лица растерянное, руки трясутся. На вопросы отвечает короткими фразами и после неоднократного повторения, число называет неточно, месяц и год правильно. Говорит что он в тюремной камере, порывается вскочить, громко кричит, что он ни в чем не виноват, просит его не убивать. К вечеру страх усилился, постоянно что-то шепотом бормочет, на вопросы отвечает невпопад, выкрикивает отдельные фразы: «Ну, режьте…бейте…уйди отсюда…»

Физическое состояние: температура 38,7, выраженный тремор рук, кожные покровы покрыты обильно потом. Сердце –т оны чистые, тахикардия – 120 д/мин, пульс напряжен, А/Д – 140/90 мм.рт.ст. В неврологическом статусе повышение сухожильных и периостальных рефлексов.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 15**

Больной 37 лет, библиотекарь. Мать по характеру стеснительная, робкая, всегда сторонится людей, с повышенным чувством долга. Отец – грубый, эгоистичный, злоупотребляет алкоголем. В детстве развивалась правильно. В школу пошла в 7 лет, окончила 11 классов, училась хорошо. Была активной, сдержанной, гордой, интересовалась литературой. Закончила курсы библиотекарей в 19 лет. К работе относилась добросовестно, с увлечением. Получала благодарности. В общении с сотрудниками была ровной, но держалась изолированно. Много читала, развлечения мало ее интересовали. Попытки мужчин сблизится с ней пресекала.

С 28 лет стала еще более замкнутой, появилась небрежность в работе, утратила интерес к чтению на работе. Получала замечания за нерадивость, уволилась, поступила санитаркой в больницу. Оставалась замкнутой, работала плохо, в ответ на замечания грубила.

В возрасте 32 лет, однажды по окончанию ее рабочего дня, вместо того, чтобы уйти домой, продолжала убирать палаты, бессмысленно переставляя вещи с места на место. На обращения к ней не отвечала, неадекватно улыбалась, поэтому была помещена в психиатрическую больницу. Находилась на стационарном лечении в течение 2,5 месяцев. Часами стояла на одном месте, не меняя позы, на вопросы не отвечала, отказывалась от еды, оказывала сопротивление попыткам уложить ее в постель, накормить.

После проведения инсулинотерапии (25 ком) стала более подвижной, общительной. Вернулась на работу санитаркой, справлялась с ней. За последние три года дважды помещалась в психиатрическую больницу, с такими же явлениями, как и в первый раз, лечилась различными антипсихотиками по 2 – 3 месяца. После последнего приступа стала вялой, но работала, безразлично относилась к матери.

За неделю до последнего, четвертого поступления, вновь стала молчаливой, днем сидела в одной позе или лежала в постели, отказывалась от пищи.

Психический статус. Контакту не доступна, на обращенную к ней речь не отвечает. Лицо маскообразное, амимичное. Лежит неподвижно, с закрытыми глазами, подолгу не меняя позы. Любое приданное больной изменение позы сохраняется продолжительное время: поднятая рука остается длительное время в том же положении, приподнятая над подушкой голова сохраняет приданное ей положение неопределенно долгое время. При попытке заставить ее произвести то или иное действие, оказывает сопротивление, в том числе попыткам накормить. Мочится в постель.

В неврологическом статусе: зрачки D=S, конвергенция не нарушена. Лицо симметричное, маскообразное. Наблюдается повышение мышечного тонуса, сухожильная гиперрефлексия, D=S, снижение болевой чувствительности, симптом «хоботка» не выражен.

Соматическое состояние: отмечается сальность, бледность кожных покровов, вульгарные угри, акроцианоз кончика носа, ушей. Пульс ритмичный 91 уд. в 1 мин. Артериальное давление 90/60мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Невыраженный гипергидроз конечностей.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 16**

Больной 40 лет, домохозяйка. Отец умер от рака пищевода, мать от кровоизлияния в мозг. В детстве болела краснухой. Закончила 11 классов, затем поступила в лесотехнический институт, но в связи с замужеством, оставила его. Работала нормировщицей, кассиром. Замужем с 20 лет, было 4 беременности, из них две закончились родами, две медицинским абортом. По характеру общительная, решительная, честолюбивая, гордая. В 30-летнем возрасте через три недели после смерти отца у больной возникла тоска, с трудом выполняла домашнюю работу, пропал интерес к жизни.

Спустя три месяца настроение постепенно выровнялось, вновь стала активной, общительной. Подобные состояния наступали у больной дважды в возрасте 32 и 34 лет без видимой причины. Тоска была глубокой, прекращала общаться, медленно двигалась, большую часть времени проводила в постели, аппетита не было, ела мало по принуждению, сон был короткий или вовсе не могла уснуть. До госпитализации теряла несколько килограмм физического веса. Лечилась в психиатрической больнице, принимала анафранил. В промежутках между приступами чувствовала себя здоровой, родные не замечали каких-либо перемен в характере больной, возвращалась на прежнее место работы, справлялась с бытовыми и профессиональными обязанностями. Перед последним поступлением в возрасте 40 лет появились мысли о своей никчемности, несколько раз хотела покончить с собой, но родные вовремя замечали ее приготовления.

Психический статус. Сознание ясное, число, месяц и год называет правильно. Лицо печальное, глаза широко открыты, углы рта опущены. Поза согбенная. Говорит тихим монотонным голосом, с паузами, немногословна. Неохотно поднимается с постели, ходит медленно. Жалуется на тоску, плохой аппетит, бессонницу. Высказывает идеи самоуничижения, уверена, что никогда не выздоровеет, будет всю жизнь мучиться, «лучше сейчас умереть». К вечеру тоска несколько уменьшается, больная становится общительнее.

В соматическом и неврологическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 17**

Больной 19 лет, студентка. Дядя по отцу страдает психическим заболеванием с периодически возникающими приступами тоски, с отказами от еды и мыслями о смерти. Отец злоупотребляет алкоголем. Мать здорова. Пациентка болела краснухой, ветряной оспой. В школе училась хорошо. Была веселой, общительной, охотно занималась общественной работой, интересовалась музыкой, много читала. После окончания школы (11 классов) поступила в медицинский колледж.

Заболела остро около трех недель назад, без какой-либо видимой причины: появилась тревога, бессонница, говорила, что не хочет жить, пыталась броситься под автомобиль. В дальнейшем была заторможенной, лицо амимично, сопротивлялась попыткам переодеть ее, принимала вычурные позы и подолгу не меняла их. После лечения в психиатрическом стационаре состояние улучшилось, рассказала, что видела вокруг себя страшные картины атомной войны, разрушались целые города, гибло множество людей, среди которых были и ее близкие.

После 2,5 месячного стационарного лечения каких-либо изменений в характере больной близкими не отмечено: оставалась общительной, сохранялись прежние интересы. Через полгода после первого приступа вновь появилась бессонница, стала раздражительной, не окончив одного дела, бралась за другое. Целыми днями слушала музыку по радио, танцевала, пела, заявляла, что она великая актриса. Вторично была помещена в психиатрическую больницу. В отделении прыгает, пляшет. Внезапно громко выкрикивает отдельные слова, подбегает к двери, стучит в стенку, ударяет больных, бросает на пол попавшие ей в руки вещи, выплевывает пищу. Повторяет действия и слова окружающих. На вопрос как она себя чувствует, ответила: «Как себя чувствуешь? …больной… как вас зовут… обут…». Настроение повышено, много беспричинно смеется, заявляет что она богиня красоты. Всему сопротивляется, не выполняет требований медицинского персонала.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 18**

Больному 27 лет, инвалид II группы. Мать жива, здорова. По характеру вспыльчивая, раздражительная. Отец погиб в автокатастрофе. У больного в детстве отмечались частые ангины. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо. После окончания 11 классов поступил в автодорожный колледж, получил специальность автомеханика, работает по этой специальности. По характеру молчаливый, настойчивый, сдержанный. Женат с 19 лет, имеет дочь. До 20 лет продолжал часто болеть ангинами. В 20 лет оперирован по поводу хронического тонзиллита. Примерно с того же времени больного стали беспокоить одышка при ходьбе, периодические покалывания в области сердца, утомляемость. В 21 год диагностирован ревматический порок сердца. Находился неоднократно на стационарном лечении в районной больнице по поводу ревматизма, была установлена III группа инвалидности. С 24 лет инвалид II группы. В армии не служил. 20.02.2012 г. у больного был приступ болей в области сердца, в связи с которым его стационировали в районную больницу. Там он вскоре стал тревожным и беспокойным, озирался по сторонам, искал что-то под кроватью, под подушкой, почти не спал по ночам. Спрашивал, будут ли его судить, в чем его преступление, недоверчиво смотрел на окружающих, избегал их, был переведен в психиатрическую больницу. В беседе с врачом невнимателен, к чему-то прислушивается. Понимает, что он в психиатрической больнице, во времени ориентирован не точно. Подавлен, сказал, что постоянно слышит брань из окна, боится, что его убьют. Текущей даты не называет, но точно определяет срок пребывания в больнице, предложенные для запоминания 5 слов, через 10 минут повторил, но спустя 30 минут вспомнил только три слова, говорит, что ему не до этого. После беседы устает, зевает, говорит, что хочет спать, но когда ложится в постель, смотрит в одну точку, к чему-то прислушивается. Ест мало, с принуждением, говорит, что нет аппетита, недоверчиво рассматривает пищу, иногда соглашается съесть яблоко или огурец. Часто повторяет вопросы: «Почему за ним так следят, кого интересует, ест он или не ест, почему все так странно смотрят на него?». Временами плачет.

В соматическом состоянии: субфебрильная температура. Бледность кожных покровов и слизистых. Пастозность стоп, голеней. Сердце - тоны приглушены, ритмичные, границы сердца расширены влево, выслушивается грубый систолический шум на верхушках, АД – 140/80 мм.рт. ст. При рентгеноскопии грудной клетки и УЗИ сердца: комбинированный митральный порок сердца, с преобладанием недостаточности клапана. Анализ крови: лейкоцитов – 14.900, РОЭ – 29 мм/час, С-реактивный белок «+++», изменение титра противострептококковых антител (антистрептолизин, антистрептокиназа «+++»).

Неврологически: без очаговой симптоматики, сухожильные рефлексы живые, равны. Патологических стопных рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 19**

Больному 18 лет. Отец умер год назад от соматического заболевания. Страдал хроническим алкоголизмом, пил запоями. Мать жива, здорова. По характеру – спокойная, добродушная. Пациент родился в срок. Роды у матери протекали нормально. По словам матери в раннем детстве больной был вялым, сонливым, только к трем годам начал ходить и говорить отдельные слова. Болел ветряной оспой, краснухой, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 7 лет, два года учился в 1 классе, общеобразовательную программу полностью не усваивал. Был переведен во вспомогательную школу, с трудом условно доучился до 6 класса (полный курс обучения - 8 классов). Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве. Профессии приобрести не смог. Последнее время работает учеником слесаря, со своими обязанностями справляется плохо, выполняет только подсобную работу. Со сверстниками не ладит, обижает слабых, не может постоять за себя, в то же время легко попадает под чужое влияние. В 14 лет перенес травму головы с кратковременной потерей сознания, находился на лечении по поводу сотрясения головного мозга. С тех пор периодические головные боли.

Психический статус. Жалуется на плохую сообразительность, вялость, не может назвать текущего года, путает месяц, вообще не знает, сколько в году месяцев, путает их названия. После неоднократного повторения запомнил имя, отчество лечащего врача. Не может сказать, сколько дней в неделе. Устный счет производит по пальцам с ошибками: «2+3» в ответе «6», «6+8» в ответе «8», «8+2» в ответе «7». Читает по слогам, медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню «Лиса и Журавль», не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может перечислить стран света, из городов знает только Москву, но столицу России не знает. Запас слов мал. Интереса к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, смеется по малейшему к тому поводу, иногда листает журнал, рассматривает картинки. В ответ на просьбу рассказать, что на них изображено, перечисляет отдельные предметы и персонажи: «девочка, стул, яблоко», «тетя, дядя». В неврологическом состоянии: сходящее косоглазие, сглаженность левой носогубной складки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**ЗАДАЧА № 20**

Больная 3-х лет. Мать – инженер, 30 лет, отец – учитель, 35 лет. У матери тревожный характер, склонность к преувеличенному переживанию неприятностей. Отец сухой, раздражительный, не общительный. Родилась больная в срок, весом 3 кг. 200 гр., роды у матери были первые, длились 24 часа, в начале была слабость родовой деятельности. Развитие ребенка было нормальным, к 11 месяцам она начала ходить и к 13 месяцам разговаривать. Воспитывалась дома при участии бабушки, была единственным ребенком, пользовалась общей любовью и вниманием. Родители отмечают, что у ребенка повышенная впечатлительность, она подолгу переживала сказки, которые ей читали, пугалась громких звуков, вздрагивала. В играх с другими детьми была малоактивной, шла на поводу у более сильных, не умела за себя постоять, когда дети ее обижали. Была очень стеснительной, не решалась при чужих прочесть стихотворение, хотя знала много стихов и отличалась хорошей памятью.

В возрасте 2,5 лет, играя во дворе, увидела, как мальчик упал и порезал до крови себе шею. На другой день она пришла к матери, потрогала ее шею, потом свою и сказала «мама, мальчик упал» и снова погладила свою шею. После этого родители заметили у больной подергивание шеи, она время от времени делала повороты шеи вправо, как бы освобождая ее от стеснения воротником. Движения эти много раз возобновлялись в течение дня.

Во время обследования на приеме держится застенчиво, но добродушно, реагирует на ласку, проявляет интерес к игрушкам, лежащим на столе у врача. Умственное развитие соответствует возрасту, речь грамотная, с правильным произнесением слов. Охотно рассматривает предложенные ей картинки, перечисляет изображенные предметы и персонажи, уловила настроение двух разговаривающих людей на картинке и правильно определила их эмоциональное состояние - «сердятся».

На протяжении получасовой беседы у больной через каждые 5 – 10 минут возникает толчкообразное подергивание шеи вправо, она их как бы не замечает, на вопрос, что с ней происходит, отвечает: «так просто, не знаю», однако при этом обнаруживает волнение (покраснение лица, непроизвольное перебирание рук), после чего непроизвольные движения шеи учащаются.

В неврологическом состоянии: повышение сухожильных рефлексов на ногах, холодные влажные руки. Соматическое состояние без отклонений. Амбулаторное лечение в течение 3-х недель привело к значительному улучшению с почти полным исчезновением тиков.

Вопросы:

1). Какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент?

2).В какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы?

3). Какую болезнь следует предположить у больного?

4).С какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить?

5).Каков развернутый диагноз (нозологическая форма, вариант, тип течения, стадия, особенности почвы)?

**Эталон решения ситуационных задач**

1. Вялость, замкнутость, бедность и неадекватность мимики, равнодушие, бездеятельность, немотивированные поступки.
2. Апатоабулический синдром.
3. Шизофрения.
4. С психопатией, поскольку у больного с детства отмечались психопатические черты шизоидной личности: замкнутость, обидчивость, неустойчивость интересов. В пользу шизофрении свидетельствует прогрессирующий характер проявлений вялости, немотивированных поступков, эмоционального оскуднения, бездеятельности и аутизма.
5. Шизофрения у шизоидной личности простая форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.60 Простая шизофрения, непрерывное течение).

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии, медицинской психологии\_\_

направление подготовки (специальность)\_\_ Клиническая психология

дисциплина Психиатрия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Практическая часть: Ситуационная задача №1

2. Предмет и задачи психиатрии.

3.Формы двигательного возбуждения.

Зав. кафедрой психиатрии, медицинской

психологии, д.м.н., профессор Будза В.Г.

Декан факультетов фармацевтического, Михайлова И.В.

высшего сестринского образования,

клинической психологии, д.б.н., доцент

« 10 » мая 2019г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК-9 способностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций | основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение | вопросы №4,6-28…… |
| Уметь оказать неотложную психиатрическую помощь (купирование психомоторного возбуждения и эпилептического статуса | Все практические занятия |
| Владеть получением субъективных и объективных сведений о психически больном и проведением их предварительного анализа | Все практические занятия |
| … | ПК5 способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития | Знать важнейшие психические заболевания и данные об их распространенности; основные типы патологии характера и то влияние, которое они могут оказать на течение психических и соматических заболеваний, возможность социальной адаптации и реабилитации при этих заболеваниях. | вопросы №30-56…… |
| Уметь правильно вести себя и беседовать с психически больными; грамотно написать психический статус; сформулировать предварительное заключение о состоянии психически больного, грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение | Все практические занятия |
| Владеть методами, процедурами и техниками диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития в детском и взрослом возрасте. | Все практические занятия |

1. **Порядок расчета текущего рейтинга и бонусных баллов по дисциплине (модулю)**
   1. Текущий фактический рейтинг обучающегося формируется в результате проведения текущего контроля успеваемости, в том числе контроля выполнения обучающимся самостоятельной (внеаудиторной) работы, по дисциплине (модулю), практике.
   2. Бонусные баллы определяются в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных являются:

* посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла (при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка, участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);
  + Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле 1:

**Ртс = (Ртф \* 70) / макс (Ртф) (1)**

где,

Ртс – текущий стандартизированный рейтинг;

Ртф – текущий фактический рейтинг;

макс (Ртф) – максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю).