федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Психиатрия»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

**УК-1 -** готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**ПК-4 -** готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

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

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

**ПК-8 -** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

**ПК-10 -** готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 Общая психопатология**

**Тема 1** *Классификация психопатологических симптомов и синдромов*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Функциональная структура психиатрии.

2. Основные методологические направления в психиатрии.

3. Феноменологический подход диагностики в психиатрии.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Шизофрении детского возраста свойственно все перечисленное, кроме |
| А | высокосистематизированного интерпретативного бреда |
| Б | бредоподобного фантазирования |
| В | обсессий |
| Г | фобий |
|  |  |
| 2 | Для шизофрении подросткового возраста характерны все перечисленные синдромы, кроме |
| А | паранойяльного бреда с высокой степенью систематизации |
| Б | метафизической интоксикации |
| В | гебоидного синдрома |
| Г | дисморфофобии |
|  |  |
| 3 | Для поздно манифестирующего шизофренического процесса (поздней шизофрении) характерны все перечисленные признаки, кроме |
| А | преобладания неврозо- и психопатоподобных форм |
| Б | незавершенности прогредиентного развития заболевания |
| В | редкости развития конечных состояний, вторичной кататонии |
| Г | стабилизации процесса на параноидном или парафренном этапе |
|  |  |
| 4 | Характерными для позитивных расстройств при поздней шизофрении являются все перечисленные признаки, кроме |
| А | отсутствия тактильных и обонятельных галлюцинаций |
| Б | направленности экспансивных бредовых идей в прошлое |
| В | сценоподобности галлюцинаций |
| Г | малого масштаба бредовых построений |
|  |  |
| 5 | Для галлюцинаторно-параноидной формы поздней шизофрении характерны все перечисленные признаки, кроме |
| А | крайнего разнообразия, быстрой смены синдромов в картине болезни |
| Б | связи галлюцинаторных переживаний с конфабуляторными |
| В | отсутствия тенденции к усложнению симптомов психического автоматизма |
| Г | возникновения симптомов психического автоматизма |
|  |  |
| 6 | При рекуррентной шизофрении рекомендуются все перечисленные принципы реабилитации больных, кроме |
| А | отведения основной роли отделенческой трудовой терапии |
| Б | смягчения режима по мере обратного развития приступа |
| В | установки на возвращение к работе и привычному образу жизни |
| Г | режима "отпусков" и "открытых дверей" по мере улучшения состояния |
|  |  |
| 7 | Реабилитационные мероприятия при параноидной шизофрении включают все перечисленное, кроме |
| А | музыкотерапии, элементов психодрамы Морено |
| Б | работы в лечебных мастерских |
| В | системы поэтапной трудовой реабилитации с конечной целью трудоустройства больных на обычные предприятия |
| Г | преодоления явлений "госпитализма" |
|  |  |
| 8 | Развитие у больных шизофренией явлений госпитализма связано со всем перечисленным, кроме |
| А | общения с психически больными лицами |
| Б | ограничения контактов |
| В | бездеятельности, скудности впечатлений |
| Г | отрицательных депривационных последствий длительного применения нейролептиков |
|  |  |
| 9 | При злокачественной юношеской шизофрении |
| А | больные нуждаются в оформлении первой или второй группы инвалидности, но могут работать в ЛТМ |
| Б | больные нуждаются в оформлении второй или третьей группы инвалидности |
| В | больные большую часть времени могут сохранять работоспособность |
| Г | больные могут работать на обычных промышленных предприятиях и наблюдаться в ПНД для коррекции терапии |
|  |  |
| 10 | Наиболее вероятные возможности сохранения трудоспособности |
| А | при рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной |
| Б | параноидной шизофрении |
| В | злокачественной шизофрении |
| Г | приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром? 1. Астенический 2. Детских страхов 3. Детского аутизма 4. Псевдогаллюцинации 5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

**Задача № 2**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Церебрастенический 2. Ипохондрический 3. Обсессивно-фобический 4. Психопатоподобный 5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

**Задача № 3**

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Истерический 2. Астенический 3. Фобический 4. Психоорганический 5. Маниакальный.

Ответ: 3

**Задача № 4**

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Фобический 3. Кататонический 4. Апато-абулический 5. Психоорганический.

Ответ: 2

**Задача № 5**

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при неспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Психастенический 2. Фобический 3. Истерический 4. Маниакальный 5. Психоорганический.

Ответ: 1

**Задача № 6**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Ипохондрический 2. Обсессивно-фобический 3. Апато-абулический 4. Астенический 5. Кататонический.

Ответ: 2

**Задача № 7**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Онейроидный 2. Делириозный 3. Аментивный 4. Сумеречного помрачения сознания 5. Оглушение.

Ответ: 2

**Задача № 8**

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно: 1. Бессонница 2. Тревога 3. Гипотимия 4. Лиссотофобия (страх сойти с ума) 5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

**Задача № 9**

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Больна с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом: 1. Астенический 2. Ипохондрический 3. Вегетативных нарушений 4. Психического инфантилизма 5. Депрессивный.

Ответ: 4

**Задача № 10**

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические при­падки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после кото­рого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следую­щим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере? 1. Насильственные стереотипные мысли 2. Чувство уже пережитого 3. Эпигастральная аура 4. Зрительные галлюцинации 5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Понятие сознания. Критерии сохранного сознания.

2. Помрачение сознания, общие признаки.

3. Спутанное сознание, признаки.

4. Суженное сознание, признаки.

Понятие судорожного синдрома.

5. Фазы эпилептического большого припадка.

6. Эпилептическое состояние.

7. Парциальный припадок (припадок Браве-Джексона).

8. Бессудорожные (малые) припадки.

9.Понятие астенического синдрома.

10. Психическая и физическая астения.

11. Астения в рамках соматических заболеваний.

12. Астения в структуре психических расстройств.

13.Клинико-психопатологические проявления деменции.

14. Стадии дементирующего процесса.

15. Корсаковский (амнестический) синдром.

**Модуль 2 Частная психиатрия, клиника и диагностика психических заболеваний**

**Тема 1***Психические расстройства при атрофических, сосудистых, травматических поражениях головного мозга. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. Психические расстройства детского возраста.*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Предпочтительные психопатологические синдромы при атрофических, сосудистых, травматических поражениях головного мозга.
2. Психофармакотерапия расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.
3. Психотические расстройства при заболеваниях, связанных с употреблением ПАВ.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Для болезни Альцгеймера характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме |
| А | атрофии мозжечка |
| Б | атрофии теменных отделов |
| В | атрофии височных отделов |
| Г | сенильных бляшек |
| 2 | Болезнь Альцгеймера характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | не приводит к тотальному слабоумию |
| Б | обязательно развитие очаговых расстройств |
| В | развивается тотальная апраксия |
| Г | центральное место занимают явления амнезии |
|  |  |
| 3 | Для болезни Альцгеймера характерно все перечисленное, кроме |
| А | выраженных конфабуляций |
| Б | развития глобарного слабоумия |
| В | обязательных очаговых расстройств |
| Г | значительного темпа распада памяти |
|  |  |
| 4 | При болезни Альцгеймера на поздних этапах развития моторная афазия выражена в виде следующих проявлений, кроме |
| А | стоячих речевых оборотов |
| Б | логоклонического псевдозаикания |
| В | насильственного говорения с вербигерациями |
| Г | логоклонических итераций |
|  |  |
| 5 | Депрессии при болезни Альцгеймера наблюдаются |
| А | в начальной стадии |
| Б | в исходной стадии |
| В | в развернутой стадии |
| Г | во всех стадиях |
|  |  |
| 6 | При болезни Альцгеймера наблюдаются депрессии |
| А | угрюмые и психогенно окрашенные |
| Б | анестетические |
| В | с суточными колебаниями |
| Г | с идеями самообвинения |
|  |  |
| 7 | Бредовые психозы при болезни Альцгеймера протекают в виде |
| А | малосистематизированных с фабулой ревности и ущерба |
| Б | параноидных |
| В | парафренных |
| Г | депрессивно-параноидных |

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | Псевдопаралитический вариант болезни Пика наблюдается |
| А | при локализации атрофии во фронтально-орбитальном базальном неокортексе |
| Б | при поражении выпуклостей лобных долей |
| В | при поражении височных долей |
| Г | при поражении теменных долей |
|  |  |
| 9 | При псевдопаралитическом варианте болезни Пика наблюдается все перечисленное, кроме |
| А | сохранности критики |
| Б | экспансивной деятельности |
| В | нелепой тупой эйфории |
| Г | частых правонарушений |
|  |  |
| 10 | Нарушения критики при болезни Пика возникают |
| А | на инициальном этапе |
| Б | на стадии развернутой картины |
| В | на исходных стадиях |
| Г | после развития выраженных нарушений памяти |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная Р ., 29 лет. Доставлена машиной скорой помощи Без сознания. Кожные покровы бледные с цианотическим оттен­ком. Язык прикушен. Температура тела 37,8°С. Каждые 2—3 мин повторяют­ся судорожные припадки: напряжение мышц лица, опистотонус, разгибание плеч, предплечий и кистей рук, бедер, голеней и стоп. Во время припадка зрачки максимально расширены, глазные яблоки в состоянии дивергенции, зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют. Апноэ, углубляющийся цианоз, тахикардия до 150 в минуту. Длительность припадка около 30 с, он заканчивается рвотой. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены. После приступа без сознания Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Зрачки сужены, их ре­акция на свет сохранена, корнеальные рефлексы живые. Кожные и глубо­кие рефлексы снижены Двусторонний симптом Бабинского.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус абсансов 3. Серийные припадки 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов

Ответ: 5

**Задача № 2**

Больной А., 29 лет . разнорабочий. Анамнез без особенностей. ЯМРТ. -норма Ранее не лечился. Дебют в 17 лет. Больной 2-3 раза в год при пробуждении или засыпании внезапно, без ауры, теряет сознание, иногда с резким пронзительным криком, появляются последовательно сменяющиеся тонические и клонические судороги, заканчивающиеся амнезией.

Вопрос: назовите предположительный диагноз?1. Псевдоэпилептические пристуры 2. Эпилепсия с простыми фокальными приступами 3. Эпилептическая афазия 4 Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками.

Ответ: 5

**Задача № 3**

Больной Т., 23 года, работает инженером. Впервые обратился с жалобами на пароксизмы. Больной внезапно бледнеет, лицо делается"пустым", невыразительным, взгляд неподвижно устремлен в пространство. Больной или замолкает, или прекращает работу. Однако вскоре (через3-10 сек) больной продолжает прерванные занятия, не замечая того, что с ним произошло. На ЭЭГ наличие специфических паттернов в виде генерализованных комплексов "спайк-волна" частотой 3-3,5 гц.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами 3. Транзиторная ишемическая атака 4. Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 4

**Задача № 4**

Больной И., 20 лет. Последний год у больного внезапно помрачается сознание: он дезориентирован в окружающем, но сохраняется взаимосвязанность действий и поступков. В это время он высказывает бредовые идеи, испытывает галлюцинации на фоне бурного аффекта страха, тоски, злобы. Больной резок, агрессивен, его охватывает ярость с бессмысленным стремлением к разрушению или убийству. Такие состояния возникают и прекращаются внезапно. Повторяется 1 -2 раза в месяц.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Алкогольный делирий 2. Кататоническое возбуждение 3. Эпилептический онейроид 4. Острый параноид.

5. Сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно-бредовой вариант)

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больная А. 17-ти лет утром отправилась на работу, однако бессмысленно бродила по городу, разъезжала на городском транспорте. На встречающихся знакомых производила впечатление угрюмой, утомленной и какой-то растерянной, отвечала на несложные вопросы, но не вызывала у окружающих каких-либо подозрений в ее психическом неблагополучии. Как сообщила потом больная, она оказалась на незнакомой улице, время приближалось к обеденному перерыву, но она никак не могла вспомнить, где она была и что делала в это время. Ранее не лечилась.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия с приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с типичными абсансами 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 2

**Задача № 6**

Больной Т., 18 лет впервые обратился к врачу. Как выяснилось из беседы, он вышел из института вместе с товарищами, "разговаривали на общие темы". Внезапно он как-то резко повернулся и бросился на проезжую часть дороги. Там остановился и стал снимать пальто резкими движениями. Вскоре прекратил свои действия и растерянный подошел к своим товарищам. Объяснить свое поведение не смог, растерянно оглядывался на остановившихся прохожих.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с тоническими приступами 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с сенсорными нарушениями 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги.

Ответ: 5

**Задача № 7**

Больная Д., 44 года, страдает эпилепсией с 9-и лет в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Обычно она утрированно вежлива и слащава в обращении с персоналом. Внезапно состояние меняется, она становится злобной, тоскливой, тревожной. Высказывает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных. Спустя сутки-двое ее поведение становится обычным.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими приступами и сложными аффективными (по типу дисфории) психическими эквивалентами 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги

Ответ: 4

**Задача № 8**

Больной 20-и лет, с 6-и лет страдает эпилепсией. Мышление его тугоподвижно, с трудом переключается с одной темы на другую, обстоятелен, часто пользуется уменьшительно-ласкательными словами. Он слащав, льстив, утрированно вежлив, но легко переходит к агрессии и злобе. Память резко снижена, сообразительность плохая, ассоциации скудные.

Вопрос: при эпилепсии выявляются следующие расстройства мышления, кроме: 1. Брадифрении 2. Обстоятельности 3. Паралогичности 4. Персеверации 5. Склонности к детализации

Ответ: 3

**Задача № 9**

Больной О.,42 года болен 12 лет. Припадки проявляются чувством отчужденности, иллюзиями, иногда галлюцинациями (чаще зрительными, моторной остановкой, застывшим взглядом и ороалиментарными автоматизмами с вегетативным компонентом, продолжительностью свыше 2 минут. Лечится фенобарбиталом. ЭЭГ в начале припадка – одностороннее уплощение ЭЭГ. МРТ – гиппокампальный склероз. В психическом статусе – нарушение памяти, эгоцентризм , обстоятельность, эмоциональная лабильность.

Вопрос: при какой при локализации эпилептического очага развивается описанное состояние? 1. Теменной 2. Височной 3. Затылочной 4. Неверно все вышеперечисленное 5. Все вышеперечисленное верно.

Ответ: 2

**Задача № 10**

Больной А., 9 лет, страдает эпилепсией с 5 лет, приступы бессудорожные генерализованные, длительностью 3-10 сек., по типу «замирания», частые. При пробуждении у больного развилось следующее состояние: приступы резко участились, следуя один за другим; амимия, слюнотечение. Ребенок выглядит мечтательным, дезориентирован в месте и времени, двигательно заторможен. Нарушение сознания на уровне легкой сомноленции, реагирует на оклик. Речь замедлена, растянута, больше похожа на бормотание. Ответы на вопросы неадекватны или односложны. Продолжительность состояния несколько часов. После окончания больной описывает ощущение нереальности происходящего. Память на произошедшее сохранена.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус типичных абсансов 3. Серийные парциальные припадки. 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов.

Ответ: 2

**Задача № 11**

Пациент С.Л.., 35 лет, слесарь. Жалобы: судорожные приступы с выключением со­знания.

Болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются внезапной потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожи и слизистых, сменяющейся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30—60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых про­исходит ритмическое смыкание ротовой щели, изо рта выделяет­ся пена, окрашенная кровью, так как обычно больной прикусыва­ет язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и раз­гибания, реже ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, в предплечьях — разгибательно-пронаторные движения; в ногах судо­роги по типу тройного укорочения и последующего удлинения, дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексы, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал глубокий продолжительный сон. Воспоминаний о припадках у больного не сохранялось.

ЭЭГ: (межприступный период) Ко­роткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.

КТ, ЯМРТ : норма.

Вопрос: каким видом приступов страдает больной? 1. Серийные приступы 2. Атонические приступы 3. Типичные абсансы 4. Тонико-клонические генерализованные судорожные приступы 5. Миоклонические приступы

Ответ: 4

**Задача № 12**

Больной М.,13 лет. Ученик 6-го класса. Время от времени поднимается в ночное время и бродит по квартире. В это время он может даже открыть запертую дверь, выйти на улицу. При попытке уложить в постель оказывает бессмысленное сопротивление, становится агрессивным, не откликается на имя. Спустя некоторое время становится послушным, позволяет уложить себя в постель. Утром жалуется на головную боль, эпизод амнезирует. В раннем возрасте у мальчика были редкие эпилептические судорожные припадки. Последние 2-3 года ухудшилась успеваемость в школе.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги 3. Эпилепсия с миоклоническими приступами и психическими эквивалентами по типу дисфории. 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с атоническими приступами 5. Ничего из вышеперечисленного.

Ответ:1

**Вопросы для подготовки:**

1.Классификация первичных дегенеративных процессов.

2. Деменция альцгеймеровского типа.

3. Болезнь Пика.

4. Хорея Гентингтона.

5. Болезнь Паркинсона.

6.Симптоматические психозы. Классификация. Распространенность.

7. Острые симптоматические психозы.

8. Затяжные симптоматические психозы.

9. Психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях.

10. Психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях.

11.Психические нарушения при интоксикации лекарственными средствами, промышленными и бытовыми токсическими веществами.

12.Эпидемиология шизофрении.

13. Классификация шизофрении

14. Клинические проявления шизофрении.

15. Психологические особенности больных шизофренией.

**Модуль 3 Лечение и реабилитация психически больных**

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

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1.Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах.

2.Депрессивные реактивные психозы.

3.Неотложная помощь при острых аффективных шоковых реакциях.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме |
| А | ингибиторов моноаминоксидазы |
| Б | дифенилметана (амизил) |
| В | производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин) |
| Г | производных пропандиола (меробамат) |
|  |  |
| 2 | Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме |
| А | финлепсина |
| Б | оксибутирата лития |
| В | ацетата лития |
| Г | сульфата лития |
|  |  |
| 3 | В основе классификации психотропных средств положен принцип |
| А | эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия |
| Б | биохимический |
| В | клинико-психологический |
| Г | фармакологического механизма действия препаратов |
|  |  |
| 4 | Для всех нейролептиков характерны все следующие признаки, исключая |
| А | психопатологическое действие без снотворного влияния |
| Б | ингибирующее действие в отношении возбуждения, ажитации, агрессивности, редукции маниакальных состояний |
| В | редуцирующее действие в отношении некоторых острых хронических и экспериментальных психозов |
| Г | характерные психомоторные, неврологические, вегетативные нарушения |
|  |  |
| 5 | Малые нейролептики (френолон, терален, сонопакс, неулептил и др.) имеют следующие общие признаки, кроме |
| А | гипотензивного действия |
| Б | слабого антипсихотического действия |
| В | особенности транквилизирующего эффекта |
| Г | меньшей выраженности побочных эффектов |
|  |  |
| 6 | Общими признаками фенотиазиновых производных с пиперазиновой боковой цепью (трифтазин, мажептил и другие нейролептики) являются все перечисленные, кроме |
| А | седативного действия |
| Б | избирательного антипсихотического действия на галлюцинаторные расстройства |
| В | стимулирующего действия |
| Г | избирательного антипсихотического действия на бредовые расстройства |
|  |  |
| 7 | Пиперазиновые производные класса нейролептиков обладают всеми перечисленными свойствами, кроме |
| А | седативных свойств |
| Б | меньших доз в сравнении с фенотиазинами с алифатической цепью |
| В | частотой и выраженностью неврологических побочных действий |
| Г | малой токсичности в соматическом отношении |
|  |  |
| 8 | Спектр психотропной активности трифтазина выражается всем перечисленным, кроме |
| А | седативного эффекта |
| Б | глобарного антипсихотического действия |
| В | элективного действия на бредовую симптоматику |
| Г | элективного действия на галлюцинаторную симптоматику |
|  |  |
| 9 | Стимулирующий эффект трифтазина (в дозах 5-15 мг) часто сопровождается всеми следующими признаками, кроме |
| А | головных болей |
| Б | внутреннего беспокойства |
| В | нетерпеливости |
| Г | повышенной раздражительности |
|  |  |
| 10 | Стимулирующий эффект мажептила сопровождается всем перечисленным, кроме |
| А | вербальных галлюцинаций |
| Б | прожорливости |
| В | гиперсексуальности |
| Г | изменчивости аффекта, смене эйфории раздражительностью, злобности |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

**Задача № 2**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где лавной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

**Задача №3**

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

**Задача №4**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больной С., 44 года, инженер-геофизик. При поступлении жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон, чувство внутреннего напряжения, изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии. Отец – инженер, активный, энергичный, экстраверт по характеру. Мать – врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. С ранних лет тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако, решил никогда не быть таким как он. После окончания института работал инженером в геофизической лаборатории, а после защиты диссертации – ее начальником. Женился в 25 лет не испытывая сильной влюбленности. Жена нравилась своим спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. Появилось двое детей. В 29 лет обнаружены язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гастрит. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной. Эти отношения приняли двойственный характер: больного постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда он был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, то решил сохранить прежнюю семью. С этого времени дом стал раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене, хотя больной понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Стал больше времени уделять работе, что не приводило к хорошим результатам. Появились повышенная утомляемость, неприятные ощущения в области сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Витаминотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Ноотропы 5. Коронаролитические средства.

Ответ: 5

**Задача № 6**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

**Задача № 7**

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентено. ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам. Психика – без особенностей Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры, ЯМРТ головного мозга – опухоль.

Возможная терапия: 1. Карбамазепин 2. Депакин 3. Хирургическое вмешательство

4. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины 5. Все перечисленное

Ответ: 3

**Вопросы для подготовки:**

1. Принципы лечения психически больных.
2. Основные принципы психофармакотерапии.
3. Классификации психофармакологических препаратов.
4. Общие закономерности клинического действия психотропных средств.
5. Механизм действия и спектр психотропной активности препаратов различных классов.
6. Побочные эффекты и осложнения при лечении психотропными препаратами.
7. 6.Угрожающие жизни состояния в психиатрии (фебрильная кататония, злокачественный нейролептический синдром, тяжелая форма алкогольного делирия и др.)
8. Основные терапевтические мероприятия при критических состояниях.
9. Электросудорожная терапия.
10. Инсулинокоматозная терапии.
11. Терапия лишением сна.

**Модуль 4 Социальные и правовые основы психиатрии**

**Тема 1** *Социальная и профессиональная реабилитация психически больных. Социальные воздействия в лечении, реабилитации и профилактике психических расстройств*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Организационные формы реабилитации психических больных.

2. Лечебно-производственные предприятия в трудовой реабилитации психических больных.

3. Трудоустройство и трудовая реабилитация психических больных.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К реабилитационным мероприятиям при маниакально-депрессивном психозе относится все перечисленное, кроме |
| А | обязательного направления в ЛПМ |
| Б | постепенного перевода на более свободный режим |
| В | трудотерапии |
| Г | групповой (семейной) психотерапии |
|  |  |
| 2 | Больные маниакально-депрессивным психозом временно нетрудоспособны во всех стадиях заболевания, кроме |
| А | в состоянии интермиссии |
| Б | на стыке фаз (при выраженном смешанном состоянии) |
| В | в дебюте фазы при достаточной выраженности симптоматики |
| Г | в начале выхода из фазы |
|  |  |
| 3 | Факторами риска суицидального поведения у психически больных являются все перечисленные, кроме |
| А | массивного двигательного торможения |
| Б | малой выраженности двигательного торможения в массивной депрессии |
| В | наличия массивных идей самообвинения |
| Г | наличия суицидальных мыслей |
|  |  |
| 4 | Профилактика суицидов заключается во всем перечисленном, кроме |
| А | необходимых гигиенических мероприятий |
| Б | при необходимости - комплекса психотерапевтических мероприятий |
| В | принятия необходимых мер (госпитализации, адекватной терапии, установлении строго надзора) |
| Г | оценки степени суицидальной опасности состояния |
| 5 | Наиболее благоприятен в плане трудового прогноза следующий случай вялотекущей шизофрении |
| А | со стойкими деперсонализационными расстройствами |
| Б | с легко развивающимися сутяжно-паранойяльными состояниями |
| В | с грубыми истерическими расстройствами |
| Г | при паранойяльной ипохондрии |
| 6 | В периоде стабилизации процесса при ипохондрическом варианте вялотекущей шизофрении на первый план выступают все перечисленные особенности личности больных, кроме |
| А | постоянных сомнений, невозможности принять правильное решение, навязчивого самоанализа |
| Б | снижения психической продуктивности, повышенной потребности в отдыхе |
| В | ригидности с привязанностью к определенному режиму, медикаментам |
| Г | обостренного чувства собственной ущербности |
| 7 | Реабилитационные мероприятия при параноидной шизофрении включают все перечисленное, кроме |
| А | музыкотерапии, элементов психодрамы Морено |
| Б | работы в лечебных мастерских |
| В | системы поэтапной трудовой реабилитации с конечной целью трудоустройства больных на обычные предприятия |
| Г | преодоления явлений "госпитализма" |
|  |  |
| 8 | Развитие у больных шизофренией явлений госпитализма связано со всем перечисленным, кроме |
| А | общения с психически больными лицами |
| Б | ограничения контактов |
| В | бездеятельности, скудности впечатлений |
| Г | отрицательных депривационных последствий длительного применения нейролептиков |
|  |  |
| 9 | При злокачественной юношеской шизофрении |
| А | больные нуждаются в оформлении первой или второй группы инвалидности, но могут работать в ЛТМ |
| Б | больные нуждаются в оформлении второй или третьей группы инвалидности |
| В | больные большую часть времени могут сохранять работоспособность |
| Г | больные могут работать на обычных промышленных предприятиях и наблюдаться в ПНД для коррекции терапии |
|  |  |
| 10 | Наиболее вероятные возможности сохранения трудоспособности |
| А | при рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной |
| Б | параноидной шизофрении |
| В | злокачественной шизофрении |
| Г | приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Девушке 15 лет. Физическое телосложение характеризовалось излишней полнотой, что, начиная с 14-летнего возраста, стало вызывать у девушки кратковременные депрессивные реакции. Часто смотрелась в зеркало, задавала вопросы матери о полноте, избавлении от нее. Затем мать заметила, что девушка не ест мучные и жирные блюда, выбрасывает их. Искусственно вызывала у себя рвоту, стала худеть, потеряла в весе 9 кг.

Вопрос: назовите предполагаемый диагноз: 1. Вуайеризм. 2. Агорафобия. 3. Психопатия (расстройство личности). 4. Неврастения. 5. Нервная анорексия.

Ответ: 5

**Задача № 2**

Больная О., 1985 г. рождения, учащаяся кулинарного училища. Анамнез жизни: из крестьянской семьи. Отец вспыльчивый, раздражительный, жестокий, сильно пьет. Мать мягкая, добрая, безответная. В детстве росла молчаливой, ранимой, забитой, тяжело переживала пьянство отца. Постепенно привыкла к побоям и издевательствам, научилась в фантазиях уходить в другой мир. В 5 классе после резкого замечания на занятиях «случился сердечный приступ». Мать стала «баловать» ее, избавила от домашней работы. Поступила в училище, стала более общительной, появилось много подруг. Скучала по матери, но избегала частых поездок домой, не хотела видеть отца. Дважды дома в присутствии отца возникали истерические припадки, дико кричала. Перенесла в 9 лет легкую черепно-мозговую травму. Влюбилась в молодого человека, допустила близость с ним после того, как он обещал жениться. Однако молодой человек вскоре куда-то уехал. Сильно расстроилась, особенно после того, как обнаружила беременность. Страшила гневная реакция отца, опасалась пересудов односельчан. Настроение было подавленным, стала замкнутой, усилилась мечтательность, тяга к одиночеству. Сказала подруге, что цыгане увезли ее за город и «под угрозой ножа» изнасиловали. Показывала кровоподтеки. Ходила по городу с куклой, завернутой в одеяло. Объективно: выглядит моложе своего возраста, хрупкого телосложения, пуглива, при малейшем стуке вздрагивает, всхлипывает. Быстро переходит от изложения событий реальной жизни к вымыслам о пребывании в цыганском таборе: что ее «проиграли в карты, должны зарезать». Становится возбужденной, картинно заламывает руки, умоляет помочь ей. Ощущает «затуманенность в голове, замедление в работе сердца», резкую слабость; начинает сползать со стула, томно прикрывает глаза, переходит на чуть слышный шепот.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Шизофрения 2. Органическое поражение головного мозга травматического генеза 3. Истерический реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий 4. Истерическая психопатия 5. Умственная отсталость.

Ответ: 3

**Задача № 3**

Валентина А., 1967 г. рождения, инвалид 2 группы, не работает.

Анамнез жизни: мать рано умерла, по характеру была ласковая, добрая, общительная. Отец тщедушный, маленького роста, обидчивый, капризный. После второй женитьбы целиком попал под влияние жены, неоднократно совершал на глазах близких суицидальные попытки – пытался повеситься, броситься с крыши, глотал толченое стекло, гвозди. В детстве росла живой, смышленой, склонной к фантазированию. Воспитывалась у дяди, выполняла по дому всю черную работу, «детства не видела». Окончила 6 классов, курсы раскройщиков. В 20 лет оперирована по поводу аппендицита, в послеоперационном периоде появились свищи в области рук и ног, по передней поверхности шеи, брюшной стенки. На протяжении 3 лет более 10 раз помещалась в хирургическое отделение. Обнаружилось, что больная вводила себе под кожу различные масла, вызывая абсцессы и изъявления. После установления обмана дала бурную истерическую реакцию, пыталась выброситься из окна. После госпитализации в психиатрическую больницу поведение было демонстративным, падала с кровати, отказывалась от еды, пыталась проглотить черенок от ложки. Соматическое состояние: инфантильно-грациального сложения, рост 146 см, вес 47 кг. На коже живота множественные следы послеоперационных рубцов и старых абсцессов. Психическое состояние: держится кокетливо, рисуясь. Говорит о безнадежности своего состояния, сожалеет, что «врачи оказались бессильны перед болезнью». При разоблачении слегка смущается, но вскоре по-детски проявляет удовлетворение тем, что «3 года удавалось провести врачей». Капризна, ищет внимания и сострадания больных; рассказывает о тяжелом детстве и пережитых «неимоверных страданиях». Довольна больничной обстановкой, охотно принимает участие в трудовых процессах. При упоминании о предстоящей выписке сразу же становится угрюмой, капризной, злой, с вызовом говорит о своем намерении «рассчитаться с жизнью».

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Синдром «Мюнхаузена» 3. Органический 4. Ипохондрический 5. Депрессивный.

Ответ: 2

**Задача № 4**

Александра А., 1969 г. рождения. Анамнез жизни: родилась четвертым ребенком, мать умерла от послеродового сепсиса. Воспитывалась мачехой, жестоко обращавшейся с ней: морила голодом, обваривала кипятком. Росла послушной, тихой, но обидчивой. Отличалась склонностью к фантазированию: мечтала стать артисткой, воображала перед подругами отдельные сценки, нравилось их внимание. В 9 лет стала отмечать колющие боли в сердце, обследовалась у ревматолога, подозревали лейкоз, дважды помещалась в детскую больницу. С этого времени жаловалась на носовые кровотечения, слабость, утомляемость к концу занятий. Поступила ученицей на швейную фабрику, была жизнерадостной, писала стихи. Нечаянно порезала при раскрое дорогой материал, сильно испугалась, закружилась голова, затем развился истерический припадок. На следующий день не могла передвигаться, ноги были «как ватные». С этого времени постоянно заводила разговор о болезни, утрами показывала пятна крови на своей подушке. (Анализы крови на свертываемость, протромбиновый индекс без изменений). Психическое состояние: детски наивное выражение лица, в общении непосредственна. Смущаясь, рассказала о своих попытках вызывать кровотечения: «хотелось внимания врачей… устала от непосильной работы». Часто бывают колебания настроения. Мышление эмоционально окрашено, непоследовательна в оценках и суждениях. Внушаема. В отделении несколько раз наблюдались обильные кровотечения из горла. Замечено, что больная на прогулке подбирает камешки, мелкие стекла и царапает ими слизистую носа. Пытается натирать подмышечную впадину солью с целью повышения температуры. Поведение с оттенком детского упрямства. Привлекает внимание больных рассказами о жестокости мачехи, довольна производимым эффектом.

Вопрос: для структуры данной личности не характерно: 1. Демонстративность 2. Склонность к фантазированию 3. Склонность к псевдологии 4. Однотипность реагирования на жизненные трудности «уходом в болезнь» 5. Зрелость суждений.

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больная Р., 1957 г. рождения, не работает. Из анамнеза жизни: единственный ребенок в семье. Отец по характеру мягкий, спокойный, заботливый. Мать внушаемая, тревожно-мнительная. В детстве росла в окружении родственников матери, любивших беседовать о смерти, похоронных обрядах, от этих разговоров «холодело внутри, становилось жутко, теряла сознание». Росла капризной, избалованной. В школе училась хорошо, «привыкла быть на виду». Любила художественную литературу, «вживалась в образы героинь», могла часами пребывать «в фантазиях и мечтах». В детстве ангины, частые ОРЗ. Замужем, муж внимательный, выдержанный. Отношения в первые годы были построены «в романтическом духе»: нравилась восторженная влюбленность мужа. Роды двойней. Сейчас занята уходом за сыновьями, тяготится «бездельем». Анамнез болезни: в 1984 г. после незначительной семейной ссоры появился «резчайший сердечный приступ»; ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Долго не могла успокоиться, плакала, боялась смерти, прощалась с родными. В 1990 г. пережила «страшное душевное волнение»: проснувшись ночью, обнаружила отсутствие мужа, который задержался на работе. Возникло предчувствие какого-то несчастья, ярко представила картины гибели мужа: «видела его изуродованным, в морге». Появились дурнота, спазм в горле, затем икота, сопровождавшаяся сердцебиением. Увидев мужа, быстро успокоилась. В последующем икота появлялась в присутствии близких, усиливалась при волнении, и несколько ослабевала в периоды «семейного мира». Добилась, чтобы муж сменил работу и больше находился дома: в его присутствии икота появлялась реже, а при малейшей задержке на работе возобновлялась с удвоенной силой и продолжалась часами. Несмотря на приступы, оставалась активной и, по словам мужа, не тяготилась имевшимся расстройством.

Вопрос: что не является причиной заболевания: 1. Органическое заболевание головного мозга 2. Особенности микросоциума (или воспитания) 3. Повышенное внимание к соматическому здоровью 4. Психотравмирующая ситуация 5. Конституционально-обусловленные черты личности.

Ответ: 1

**Задача № 6**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все назло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: что не является демонстративной формой проявления болезни: 1. Астазия-абазия 2. Тошнота, рвота 3. Головные боли 4. Кратковременная слепота 5. Атрофия мышц.

Ответ: 5

**Задача № 7**

Больной Б., 42 лет, инженер. Раннее развитие без особенностей, перенес ряд детских инфекций. Отец – властный человек с эпилептоидными чертами характера. Мать добрая, безвольная, полностью подчиненная отцу. Окончил среднюю школу и институт. Учился всегда хорошо. После окончания института до начала заболевания успешно работал на административных должностях. Все началось в связи со служебной неприятностью, повлекшей понижение по службе. С этого времени у больного отмечались пониженное настроение, нарушение сна, тревога, лиссофобия. После смерти старшего брата и семейных неурядиц присоединились жалобы на боли в эпигастрии, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Постоянное лечение в соматических стационарах вызывало еще большее усиление тревоги, ухудшение сна, возникновение мыслей о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой. Психическое состояние: больной тревожен, несколько напряжен, выражение лица временами тоскливое. Сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, высказывает болезненные переживания по поводу своей несостоятельности. Сон только со снотворным и транквилизаторами. В отделении отмечены выраженное улучшение настроения, особенно к вечеру, после приема курса антидепрессантов.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Маскированная депрессия 2. Неврастения 3. Невроз навязчивых состояний 4. Истерический невроз 5. Панические атаки.

Ответ: 1

**Задача № 8**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Невротическая депрессия 2. Неврастения 3. Невроз навязчивых состояний, ипохондрический синдром 4. Истерический невроз 5. Панические атаки.

Ответ: 3

**Задача № 9**

Больная К., 17 лет, самостоятельно обратилась к психиатру с жалобами на «свою неполноценность». В течение месяц после рассказа подруги о том, как одна девочка-подросток бросилась под электричку, стали возникать мысли об этом; перед приближением электрики какая-то сила толкает ее вперед. В это время бледнеет, пкрываясь холодным потом, в ужасе отскакивает от края платформы, понимает, что этого никогда не сделает. Матери не рассказывала, т.к. боялась причинить ей боль.

Вопрос: при каком заболевании встречается это состояние? 1. Шизофрения 2. Эпилепсия 3. Умственная отсталость 4. Невроз навязчивых состояний 5. Маниакально-депрессивный психоз

Ответ: 4

**Задача № 10**

Больная Б., 32 года. Образование среднее, без определенных занятий, состоит в повторном браке, высказывает недовольство мужем и его финансовым состоянием, говорит о недостатке внимания с его стороны, подозревает в измене. После очередной ссоры отмечает у себя интенсивные головные боли, тошноту, апатию, «нежелание жить в таких условиях», сообщает, что порой «просто не способна встать с постели», часто срывается на крик, а бывает, что «не может вымолвить ни слова», «совсем потеряла покой», переживает обиду, гнев, раздражение. Заметила, что в отсутствии мужа чувствует себя лучше, оказывается способна «даже встретиться с подругами», «пойти развеяться», «отвлечься от своих переживаний». Курит, употребляет слабоалкогольные напитки, что позволяет ей «немного раскрепоститься». В беседе с врачом раскованна, многословна, эмоционально лабильна, часто плачет навзрыд, жалобы высказывает непоследовательно, стараясь вызвать сочувствие со стороны врача. Соматическая патология не выявлена. Обнаруживаются незначительные изменения на реоэнцефалограмме и нестойкие изменения менструального цикла.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Маниакально-депрессивный психоз 4. Расстройство личности 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 4

**Задача № 11**

Больная Г., 35 лет, инженер. Жалобы на приступообразные головные боли в теменно-затылочной области давящего и распирающего характера. Длительность приступа 5-6 ч. Приступы цефалгии возникали только в связи с волнением, умственным напряжением, а также в душном помещении; сопровождались головокружением, тошнотой, шумом в ушах, покраснением лица, также раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, неустойчивый сон. Росла и развивалась удовлетворительно. В 11-12 лет проходила лечение по поводу головных болей (анальгетики и физиотерапия). Окончила школу, строительный институт, работала. Головная боль возникала лишь при значительном физическом и эмоциональном напряжении. Больной себя считает с 27 лет после тяжело пережитого развода с мужем. В это же время возникла конфликтная обстановка на работе, расстроился сон, появились приступы головной боли. Успешно прошла лечение в психоневрологическом диспансере. Резкое ухудшение состояния в 34-летнем возрасте связывает с переживаниями личного и служебного характера. Вновь участились головные боли, ухудшился сон. Длительно и безуспешно лечилась амбулаторно по поводу выраженной вегетососудистой дистонии. Госпитализирована в отделение неврозов. Психическое состояние: легко вступает в контакт, эмоционально лабильна, склонна к слезам, ипохондрична, фиксирована на головной боли.

Вопрос: укажите вид цефалгии: 1. Неврологический 2. Сосудистый 3. Смешанный 4. Мышечный 5. Психалгический.

Ответ: 5

**Задача № 12**

Обследуемый Т., 35 лет, программист. Не женат, детей не имеет. Практически на протяжении всей жизни проявляет замкнутость, отстраненность, стремление к одиночеству. В молодости несколько раз вступал в различные секты и религиозные организации, занимался «парапсихологией», собирал оккультную литературу, которой ни с кем не делился. Всегда категорически отказывается от участия в торжественных собраниях или вечеринках, ссылаясь то на болезнь, то на занятость. Коллегами оценивается как вполне компетентный специалист, но вне рабочей обстановки о нем никто ничего сказать не может. Многие считают Т. «странным», стараются избегать с ним контактов. Этому также способствует подчеркнутая холодность, равнодушие обследуемого к проблемам окружающих. Так, однажды одна из коллег, попросила его срочно отправить по факсу важный для нее документ, поскольку сама она не могла выйти на работу из-за болезни ребенка, на что Т. отрывисто бросил – «нечего было рожать», и ничего делать не стал. Начальнику отдела Т. как-то заявил, что разрабатывает компьютерную программу, которая откроет новую эпоху в мире электроники, или уж точно будет удостоена Нобелевской премии. Больше Т. никогда об этом не упоминал и в остальном ведет себя как рядовой сотрудник. Обследуемый довольно равнодушен к своему внешнему виду, совершенно не употребляет алкоголь, но много курит. Соматически вполне здоров, на психиатрическом учете не состоит, интеллект не снижен, с работой в целом справляется, психически больные среди родственников отсутствуют.

Вопрос: какова наиболее вероятная причина такого расстройства у обследуемого: 1. Действие хронического стресса 2. Нарушения перинатального и раннего детского развития 3. Эндогенный процесс 4. Актуальная психическая травма 5. Нераспознанная грубая органическая патология головного мозга.

Ответ: 2

**Задача № 13**

Больная Г., 1991 г. рождения, парикмахер. Мать очень вспыльчивая, раздражительная, капризная, обидчивая. Отец с семьей не живет. Росла болезненной, слабой, перенесла все детские инфекции. Росла крикливой, нервной, беспокойной. Воспитывавшая ее бабушка баловала девочку. Рано начала проявлять капризность и грубость, «тиранила бабушку». В детском саду ссорилась и дралась с детьми, подолгу визжала, каталась по полу, «вытягивалась в струну, синела», пока не удовлетворялись ее капризы. После болезни Боткина девочку в семье стали считать тяжелобольной, ограждали от домашних дел. Постепенно она стала «задавать тон в семье», командовала старшими, требовала удовлетворения всех желаний. В школу пошла в 7 лет, отличалась неусидчивостью, торопливостью. Пропускала уроки, ссылаясь на плохое самочувствие. Жаловалась матери, что учителя занижают ее оценки. Дома стала еще капризней, требовательней, эгоистичней, добивалась новых нарядов, а в случаях отказа «становилась дикой», набрасывалась с кулаками, пыталась однажды откусить матери нос; отмечалось несколько истерических припадков. С 13 лет начала прибегать к фантазиям: что мать похитила ее из цыганского табора; матери заявила, что ее вовлекли в воровскую шайку. В школе сказала, что учитель физики склонял ее к сожительству за отличные оценки. Накануне жаловалась на боль в горле, не пошла в школу, а вечером собралась в кино. Мать твердо не разрешила. Девочка грубо оскорбила мать, плевалась, искусала бабушку, а затем залаяла по-собачьи. Долго не могла успокоиться. Спала тревожно, наутро прощалась с матерью, говоря, что ее ждут «друзья-уголовники», которым она дала «клятву кровью», и если она не выполнит «задания», то мать зарежут. При попытке успокоить ее дала бурную реакцию гнева, рыдала, а затем отвернулась и застыла на несколько часов, не отвечая на вопросы.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Бессудорожная эпилепсия 2. Невротическая депрессия 3. Истерическая психопатия 4. Невроз навязчивых состояний 5. Психопатия возбудимого круга.

Ответ: 3

**Задача № 14**

Больная Н. 31 год, актриса. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно - постоянно и эмоционально рассказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т.п. С детства упрямая, капризная, повышенно эмоциональна. На незначительные неприятности давала бурные реакции плача, рыданий и "припадков". В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Считает, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечалась кратковременная потеря сознания (по типу обморока). Очень внушаема.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1 . Транзиторная ишемическая атака 2. Эпилепсия с вторично- генерализованными судорожными приступами и аффективным компонентом

3. Истерическое расстройство личности 4 Эпилепсия с типичными абсансами

5 Синкопальное состояние

Ответ: 3

**Вопросы для подготовки:**

Понятие реабилитации. Этапы, виды реабилитационной работы.

2. Основные формы поддержки и защиты психически больных.

3. Медицинская реабилитация

4. Профессионально-трудовая реабилитация.

5. Социальная реабилитация.

6. Общественные формы поддержки и защиты психически больных.

7.Семья как фактор социального воздействия в лечении, реабилитации и профилактике психических расстройств

8. Психопрофилактика и психогигиена.

9. Группы поддержки больных, перенесших психическое заболевание.

10. Лечебно-трудовые мастерские, их роль в повышении социально-психологической адаптации психических больных.

**Модуль 5**  **Эпидемиология психических заболеваний**

**Тема 1** *Основные задачи в области эпидемиологических исследований в психиатрии. Определение биологических, психологических и социальных факторов риска заболевания психическими расстройствами*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1.Эпидемиологические исследования в психиатрии.

2.Биологические факторы риска заболевания психическими расстройствами.

3.Психологические и социальные факторы риска заболевания психическими расстройствами.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Правильным определением социальной гигиены как науки является: |
| А | Социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении. |
| Б | Социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения. |
| В | Социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения. |
| Г | Социальная гигиена – система мер по предупреждению заболеваний. |
|  |  |
| 2 | Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме |
| А | трудовой активности населения |
| Б | заболеваемости |
| В | инвалидности |
| Г | демографических показателей |
|  |  |
| 3 | Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| А | от 11 до 15% |
| Б | от 5 до 10% |
| В | от 16 до 20% |
| Г | от 0 до 5 % |
|  |  |
| 4 | Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах |
| А | от 16 до 20% |
| Б | от 10 до 15% |
| В | от 20 до 25% |
| Г | свыше 25% |
|  |  |
| 5 | Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г. находился в пределах |
| А | до 10 на 1000 |
| Б | от 10 до 15 на 1000 |
| В | от 15 до 20 на 1000 |
| Г | от 20 до 25 на 1000 |
|  |  |
| 6 | Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме |
| А | уровня культуры населения |
| Б | экологических факторов среды |
| В | качества и доступности медицинской помощи |
| Г | безопасных условий труда |
|  |  |
| 7 | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме |
| А | органа управления здравоохранением |
| Б | фонда медицинского страхования |
| В | страховой организации |
| Г | медицинского учреждения |
|  |  |
| 8 | В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме |
| А | организации добровольного медицинского страхования |
| Б | видов платных медицинских услуг |
| В | дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста |
| Г | стоимости различных видов медицинской помощи |
|  |  |
| 9 | Основными задачами поликлиники являются все, кроме |
| А | организации работ по пропаганде здорового образа жизни |
| Б | лечебно-диагностического обслуживания населения |
| В | профилактической работы |
| Г | экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |
| 10 | Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме |
| А | нормирования деятельности врачей |
| Б | анализа интенсивности потока больных по времени |
| В | правильной организации графика приема врачей |
| Г | четкой работы регистратуры |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: укажите наиболее вероятное психическое расстройство у ребенка М.: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 2

**Задача № 2**

Больная Т., 40 лет. Последние 10 лет подвержена переменам фаз настроения. Переживает тяжелую депрессию, практически не встает с постели, не занимается домашними делами, ничего не читает, говорит о бессмысленности жизни, несколько раз совершала суицидальные попытки. Такое состояние длится от 1 до 3-х мес., в зависимости от лечения, и затем плавно сменяется выраженной гипертимией, суетливостью, восторженными, радостными переживаниями, сексуальной гиперактивностью. Больная начинает мало спать, пишет стихи, рисует, задумывает в квартире ремонт, пытается устроиться сразу на несколько работ, но ничего не доводит до конца, устремляясь к новым неосуществимым целям. Через несколько месяцев это состояние вновь переходит в депрессию и т.д.. В случае адекватного и своевременного стационарного лечения часто удается сохранить ровный фон настроения и добиться более адекватного поведения, но при переводе на амбулаторный режим болезненные проявления обычно возвращаются в прежнем виде.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Истерический невроз 2. Акцентуация характера неустойчивого типа 3. Шизофрения, гебефреническая форма 4. Шизофрения, кататоническая форма 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 5

**Задача № 3**

Больной И., 20 лет, учится в техникуме. Со слов родственников в последние 2-3 года «стал совершенно другим»: не общается даже с самыми близкими друзьями, учеба дается все с большим трудом, практически все время проводит в своей комнате, ничем не занимаясь, бесцельно листает учебники, просто сидит или лежит. Значительно уменьшился словарный запас, общается односложно, бывает, что вообще не может ответить на вопрос по существу. Иногда использует понятные только ему выражения, например, однажды назвал малолитражный автомобиль «машиноциклом», громко включенный телевизор – «телешумом». Временами использует специфические жесты там, где можно было бы употребить слова, так, не найдя приготовленной еды, стал демонстрировать в гостиной пустую тарелку и ложку. Обнаруживает черты негативизма, делая противоположное тому, о чем его просят. Перестал понимать переносный смысл, реагирует только на буквально сформулированные выражения. Эмоционально оскудел, практически перестал не только смеяться, но даже не улыбается. Эгоцентричен, проблемы родных совершенно не вызывают сочувствия. Бывает, что временами к чему-то прислушивается, становится напряжен, тревожен, испуган, но эти состояния довольно быстро проходят. Похудел из-за того, что часто отказывается даже от любимой пищи. Говорит, что чувствует себя нормально, категорически отказывается идти на прием к врачу.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Умеренная умственная отсталость 3. Деменция лакунарная 4. Деменция тотальная 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 5

**Задача № 4**

Больной М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пасси­вен, формально отвечал на вопросы. Бреда и галлюцинаций не обнару­живалось. К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бреда и галлюцинаций вы­явлено не было. При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Вопрос: общие признаки, характеризующие течение данного психического расстройства: 1. Маниакальные аффективные нарушения 2. Наличие утяжеления и нарастания продуктивной симптоматики. 3. Выраженные депрессивные аффективные нарушения 4. Возбуждение с беспорядочными движениями. 5. Раннее появление негативных расстройств.

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больной Д., 40 лет, сидит на полу, отвернувшись от окружающих. Лицо крайне напряжено, взгляд устремлен в одну точку, стереотипно перебирает складки одежды. При попытке персонала установить контакт, озлобляется, оказывает активное сопротивление. На вопросы не отвечает. Пищу не принимает.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Маниакально-депрессивный психоз 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Эпилепсия 5. Болезнь Пика

Ответ: 2

**Задача № 6**

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Шизофрения 2. Эпилепсия 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 1

**Вопросы для подготовки:**

1.Эпидемиология психических заболеваний. Определение и общая методология.

2. Основные статистические показатели.

3. Виды эпидемиологических исследований.

4. Распространенность психических заболеваний.

5. Биологические факторы риска возникновения психических заболеваний.

6. Психологические факторы риска возникновения психических заболеваний.

7. Социальные факторы риска возникновения психических заболеваний.

**Модуль 6 Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств**

**Тема 1** *Организация работы внебольничной и стационарной психиатрической помощи. Работа реабилитационных подразделений*

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

защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1.Санитарное просвещение и вопросы профилактики психических заболеваний.

2.Законодательные основы организации психиатрической помощи.

3.Реабилитация психических больных.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К реабилитационным мероприятиям при маниакально-депрессивном психозе относится все перечисленное, кроме |
| А | обязательного направления в ЛПМ |
| Б | постепенного перевода на более свободный режим |
| В | трудотерапии |
| Г | групповой (семейной) психотерапии |
|  |  |
| 2 | Больные маниакально-депрессивным психозом временно нетрудоспособны во всех стадиях заболевания, кроме |
| А | в состоянии интермиссии |
| Б | на стыке фаз (при выраженном смешанном состоянии) |
| В | в дебюте фазы при достаточной выраженности симптоматики |
| Г | в начале выхода из фазы |
|  |  |
| 3 | Факторами риска суицидального поведения у психически больных являются все перечисленные, кроме |
| А | массивного двигательного торможения |
| Б | малой выраженности двигательного торможения в массивной депрессии |
| В | наличия массивных идей самообвинения |
| Г | наличия суицидальных мыслей |
|  |  |
| 4 | Профилактика суицидов заключается во всем перечисленном, кроме |
| А | необходимых гигиенических мероприятий |
| Б | при необходимости - комплекса психотерапевтических мероприятий |
| В | принятия необходимых мер (госпитализации, адекватной терапии, установлении строго надзора) |
| Г | оценки степени суицидальной опасности состояния |
| 5 | Наиболее благоприятен в плане трудового прогноза следующий случай вялотекущей шизофрении |
| А | со стойкими деперсонализационными расстройствами |
| Б | с легко развивающимися сутяжно-паранойяльными состояниями |
| В | с грубыми истерическими расстройствами |
| Г | при паранойяльной ипохондрии |
| 6 | В периоде стабилизации процесса при ипохондрическом варианте вялотекущей шизофрении на первый план выступают все перечисленные особенности личности больных, кроме |
| А | постоянных сомнений, невозможности принять правильное решение, навязчивого самоанализа |
| Б | снижения психической продуктивности, повышенной потребности в отдыхе |
| В | ригидности с привязанностью к определенному режиму, медикаментам |
| Г | обостренного чувства собственной ущербности |
| 7 | Реабилитационные мероприятия при параноидной шизофрении включают все перечисленное, кроме |
| А | музыкотерапии, элементов психодрамы Морено |
| Б | работы в лечебных мастерских |
| В | системы поэтапной трудовой реабилитации с конечной целью трудоустройства больных на обычные предприятия |
| Г | преодоления явлений "госпитализма" |
|  |  |
| 8 | Развитие у больных шизофренией явлений госпитализма связано со всем перечисленным, кроме |
| А | общения с психически больными лицами |
| Б | ограничения контактов |
| В | бездеятельности, скудности впечатлений |
| Г | отрицательных депривационных последствий длительного применения нейролептиков |
|  |  |
| 9 | При злокачественной юношеской шизофрении |
| А | больные нуждаются в оформлении первой или второй группы инвалидности, но могут работать в ЛТМ |
| Б | больные нуждаются в оформлении второй или третьей группы инвалидности |
| В | больные большую часть времени могут сохранять работоспособность |
| Г | больные могут работать на обычных промышленных предприятиях и наблюдаться в ПНД для коррекции терапии |
|  |  |
| 10 | Наиболее вероятные возможности сохранения трудоспособности |
| А | при рекуррентной или приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к рекуррентной |
| Б | параноидной шизофрении |
| В | злокачественной шизофрении |
| Г | приступообразно-прогредиентной шизофрении, близкой к параноидной |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Выдающийся российский психиатр ввел понятие «малая психиатрия», внес значительный вклад в развитие клинико-диагностического метода при изучении пограничных состояний, психопатии. Его имя носит одна из клиник г. Москвы.

Вопрос: назовите этого психиатра: 1. И.М. Сеченов 2. В.П. Сербский 3. В.Х. Кандинский 4. И.М. Балинский 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 5

**Задача № 2**

Один из основоположников отечественной психиатрии, организовавший психиатрическую клинику на новых началах, в настоящее время носящую его имя. Заложил основы нового нозологического направления в психиатрии. Разработал классификацию психических заболеваний. Описанный им синдром и психоз носят его имя.

Вопрос: Выберите правильный ответ из перечисленных: 1. В.П. Протопопов 2. П.П. Кащенко 3. С.С. Корсаков 4. В.М. Бехтерев 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 3

**Задача № 3**

Больной Л., 40 лет. Внезапно изменилось поведение, стал напряжен, испуган, периодически выглядывает за дверь, к чему-то прислушивается, снял на кухне вентиляционную решетку, так как слышит из-за нее ругательства в свой адрес. Состояние еще более ухудшилось к вечеру: начал испытывать панический страх, говорит, что он весь опутан паутиной, а по комнате бегают крысы и мыши. На заверения в обратном совершенно не реагирует, спать не ложится, запрещает гасить в квартире свет. От госпитализации отказывается, не пускает врача в комнату, забаррикадировал изнутри дверь тяжелым сервантом. Кожные покровы бледные, температура – 390С, тахикардия – 100 уд./мин. Родственники сообщили, что подобных странностей в поведении раньше никогда не обнаруживал, страдает запойной формой алкоголизма около 7 лет, однако в настоящий момент был совершенно трезв, ни на что не жаловался, – со времени прекращения последнего запоя прошло уже больше 3-х суток.

Вопрос: Как в данном случае должен решаться вопрос о госпитализации? 1. Госпитализация не необходима, больного лучше не беспокоить 2. Больного следует наблюдать и лечить в амбулаторном режиме 3. Госпитализация необходима, но без согласия больного юридически невозможна 4. Госпитализация необходима и юридически возможна без согласия больного 5. Вопрос о госпитализации не может быть решен сразу.

Ответ: 4

**Задача № 4**

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

**Задача № 5**

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указав при этом диагноз психического заболевания.

Вопрос: правомочны ли действия главного врача? 1. Да 2. Нет, так как сведения выдаются только учреждениям общемедицинской сети 3. Нет, так как сведения выдаются только органам следствия и психиатрической службы 4. Вопрос решается индивидуально 5. Ни одно из утверждений неверно.

Ответ: 3

**Задача № 6**

Гражданин А., имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует свой отказ тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Вопрос: правомочны ли врачи-психиатры провести психиатрическое освидетельствование гражданина А.? 1. Нет 2. Правомочны, если соответствующие нормативные акты Германии идентичны российским 3. Правомочны, т.к. гражданство А. двойное 4. Правомочны только при разрешении посольства Германии.

Ответ: 3

**Задача № 7**

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако, отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Вопрос: возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка? 1. Возможно даже при возражении отца 2. Невозможно 3. Возможно при решении педагогического совета школы 4. Возможно при решении органов опеки.

Ответ: 4

**Вопросы для подготовки:**

1.Правовые основы организация работы психиатрической больницы

2. Структура стационарной психиатрической помощи.

3. Порядок госпитализации больных в психиатрическую больницу

4. Правовые основы организация работы психиатрического диспансера.

5. Структурные подразделения психиатрического диспансера.

6. Диспансеризация больных психиатрического профиля.

7. Поддерживающее противорецидивное лечение в амбулаторных условиях.

Правовые основы организация работы психиатрической больницы

8. Структура стационарной психиатрической помощи.

9. Порядок госпитализации больных в психиатрическую больницу

10. Правовые основы организация работы психиатрического диспансера.

11. Структурные подразделения психиатрического диспансера.

12. Диспансеризация больных психиатрического профиля.

13. Поддерживающее противорецидивное лечение в амбулаторных условиях. Принципы реабилитации психически больных.

14. Реабилитационные центры в РФ.

15. Профилактика расстройств адаптации и суицидального поведения.

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

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

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

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

(зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

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

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

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

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

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Общая психопатология. Понятие симптома и синдрома в психиатрии.
2. Расстройства ощущений.
3. Расстройства восприятий и представлений.
4. Виды галлюцинаторных расстройств.
5. Определение мышления. Ассоциации и их нарушения.
6. Виды нарушений смыслообразования.
7. Бред и бредовые расстройства.
8. Бредовые синдромы.
9. Семиология расстройств сознания.
10. Синдромы помрачения сознания.
11. Синдромы дезорганизации (спутанности) сознания.
12. Память и семиология её расстройства.
13. Синдромы расстройств памяти.
14. Определение и свойства интеллекта.
15. Семиология расстройств интеллекта.
16. Синдромы расстройств интеллекта.
17. Определение эмоций и семиология их расстройств.
18. Синдромы эмоциональных расстройств.
19. Определение воли и семиология её расстройств.
20. Синдромы нарушений воли.
21. Клиническая и психопатологическая характеристика шизотипического расстройства.
22. Понятие психогений и виды (классификация) психогенных расстройств.
23. Клиническая и семиологическая характеристика ПТСР.
24. Учение о неврозах. Этиопатогенетическая сущность невроза. Классификация неврозов.
25. Обсессивно-компульсивные расстройства.
26. Неврастения.
27. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.
28. Хронические изменения личности: определение, критерии, классификация.
29. Синдромы эмоциональных нарушений.
30. Определение личности и типы личностной патологии.
31. Действующая международная классификация психических болезней. Основные её принципы.
32. Общая характеристика органических, включая симптоматические, психических расстройств.
33. Группа психопатологических синдромов, предпочтительных для органических, включая симптоматические, психических расстройств.
34. Этиопатогенез, психопатология и клиника болезни Альцгеймера, подходы к её лечению.
35. Сосудистые заболевания головного мозга. Клиника, дифференциальная диагностика сосудистой деменции и подходы к её лечению.
36. Понятие психоорганических расстройств и их структура. Роль С.С. Корсакова и Е.Блейлера в развитии учения о психоорганических нарушениях.
37. Лёгкое когнитивное расстройство: симптоматика, динамика, подходы к лечению.
38. Органическое расстройство личности: семиология, динамика, подходы к лечению.
39. Определение понятий ПАВ и синдрома зависимости от ПАВ.
40. Особенности интоксикации ПАВ разных классов.
41. Особенности синдрома отмены при зависимостях от ПАВ разного типа.
42. Острые алкогольные психозы.
43. Хронические алкогольные психозы.
44. Алкогольные энцефалопатии.
45. Психозы при наркоманиях различного типа.
46. Расстройства личности и поведения вследствие зависимости от ПАВ.
47. Психопатологическая характеристика основных шизофренических расстройств.
48. Шизофрения и её клинические формы, их психопатологические особенности.
49. Клинико-динамическая характеристика шизофрении.
50. Понятие когнитивного дефицита при шизофрении и формы дефектных состояний у больных шизофренией.
51. Классификация аффективных расстройств настроения.
52. Психопатология и динамика острой реакции на тяжёлый стресс.
53. Клиническая и симптомальная характеристика нарушений адаптации.
54. Тревожно-фобические расстройства.
55. Диссоциативные и конверсионные расстройства.
56. Соматоформные расстройства.
57. Специфические расстройства личности: определение, критерии, классификация.
58. Расстройства привычек и влечений.
59. Характеристика общего психического недоразвития и искажённого психического развития.
60. Характеристика задержанного и повреждённого психического развития.
61. Характеристика дефицитарного психического развития.
62. Характеристика дисгармонического психического развития.
63. Антипсихотики (нейролептики): общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия.
64. Побочные эффекты и осложнения при лечении антипсихотиками.
65. Виды терапевтической резистентности и способы её преодоления.
66. Критерии эффективности лечения антипсихотиками.
67. Антидепрессанты: общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия.
68. Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами.
69. Основные психометрические шкалы, используемые для оценки эффективности антидепрессивной терапии.
70. Индекс суицидальности у больных с депрессией.
71. Алгоритм успешного лечения депрессии.
72. Нормотимики (тимоизолептики).
73. Транквилизаторы: общая характеристика, классификация, основной и дополнительный спектр действия.
74. Побочные эффекты и осложнения при лечении транквилизаторами.
75. Спектры действия и классификация ноотропов и веществ с ноотропным и метаболическими действием.
76. Общая характеристика и классификация современных антиэпилептических препаратов.
77. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи.
78. Определение и классификация видов психического дизонтогенеза.
79. Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.
80. Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре.
81. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения.
82. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара.
83. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрического свидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя.
84. Ответственность за нарушение Закона РФ «О психиатрической помощи».
85. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных не­дееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей.
86. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.
87. Организация профилактики социально-опасных действий со стороны психически больных.
88. Принципы оказания психиатрической помощи, лечения и реабилитации психических больных.
89. Принципы оказания наркологической помощи лечения и реабилитации наркологических больных.
90. Основания для госпитализации в психиатрический стационар.
91. Основные цели и задачи эпидемиологических исследований в психиатрии.
92. Выявление зависимости возникновения и распространения психических расстройств от социально-демографических и этнокультурных особенностей населения.
93. Определение биологических, психологических и социальных факторов риска заболевания психическими расстройствами.
94. Получение данных о распространённости и структуре психических нарушений среди различных групп населения.
95. Выявление зависимости частоты, клинической структуры и динамики психических расстройств от социальных условий, различного образа жизни и окружающей среды.
96. Установление полноты клинических проявлений заболеваний путем выявления различных вариантов, наблюдаемых в разных странах и социальных группах населения одной и той же страны.
97. Определение исходов психических расстройств, разработка методов оценки эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, включая психиатрический прогноз.
98. Определение числа лиц, нуждающихся в той или иной форме психиатрической помощи на какой-то период времени.
99. Разработка и применение медико-статистических и клинико-эпидемиологических методов для оценки эффективности различных форм и методов психиатрической помощи.
100. Организация и управление психиатрической помощью.
101. Организационно-правовые основы врачебно-трудовой и военно-врачебной экспертизы при психических расстройствах.
102. Психиатрическая этика.
103. Профилактика психических расстройств.
104. Организация внебольничной психиатрической помощи.
105. Психоневрологические диспансеры и консультации. Задачи и организационная структура.
106. Содержание работы участкового психиатра. Основания для постановки психически больных на учет или консультативное наблюдение. Основания для снятия с учета.
107. Задачи, организация и содержание психиатрической помощи в территориальных поликлиниках первичного звена здравоохранения.
108. Организация внебольничной психиатрической помощи детям и подросткам.
109. Задачи и содержание работы психоневрологов, работающих в детских поликлиниках и подростковых кабинетах психоневрологических диспансеров.
110. Стационарная психиатрическая помощь.
111. Задачи, организация и содержание работы дневных стационаров и лечебно-трудовых мастерских.
112. Понятия и содержание первичной, вторичной и третичной профилактики в психиатрии.

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

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

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кри­чит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по ка­бинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман врача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не подда­ется, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком броси­лась к окну, выбила стекло, нанесла себе ранения осколками. Временное успокоение наступило после укола тизерцина.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 2**

Больной К., 33 год а, цеховой мастер. Заболевание началось в свя­зи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на сво­их сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что жена его до брака была в связи с директо­ром предприятия. Бе влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подо­шел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о свя­зи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего вра­ча специально неправильно информировали и т.д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно был бы на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого сле­дует».

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 3**

Больной Ш., 43 г о д а, т е х н и к-л е с о в о д. Занимаясь измерениями стволов деревьев, он обратил внимание на зависимость их диаметра от расстоя­ния от опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характе­ризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некото­рое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статьи Ш. направлял в различные научные журналы, но признания не добился. В рецензиях на его рабо­ты указывалось, что тема актуальна, но приведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и, вместе с тем, чрезмерно самолюбивым, оставался неудовлетворенным объяснениями, давае­мыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал об­ращаться во многие советские и партийные организации с требованием «восста­новить справедливость», вел обширную переписку, заведя две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малей­шие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказатель­ства необъективности оценки, консерватизма, желания уйти от ответственности. Все свободное от работы время Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых до­казательств своей правоты. В связи с этим он перестал уделять достаточное вни­мание своим основным обязанностям, в разговорах с членами семьи, с друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражая свое возмуще­ние, волновался, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражитель­ным, плохо спал.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 4**

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работа­ет, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, боль­ной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание. Что это такое?

вопросы.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Перечислите основные заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
4. Назовите наиболее вероятное заболевание.
5. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов

**Задача № 5**

Больной Ш., 26 л е т, и н ж е н е р. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену ка­кие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недовер­чиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных — за ар­тистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая до­рожка — дорожка на кладбище («это значит — скоро умру!»); олени, изображен­ные на картине, означают «лень» — следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 6**

Больная С., 60 лет, пенсионерка. 5 лет тому назад однажды поссори­лась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала si стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кух­ню. С тех пор в течение S лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют е оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и вое принимаются больной как реальная обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одним и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усиление голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается с тем, что голоса эти имеют болезненное происхождение, н тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 7**

Больной Р., 19 л е т, с т у д ен т. Обратился в органы МВД с письмом сле­дующего содержания: «Прошу принять меры и оградить меня от преследования шайки бандитов и хулиганов. Они воображают себя сверхчеловеками, поместили меня в сумасшедший дом и производят надо мной эксперименты. Тайно вставили мне в голову передатчик, какой-то «центральный мозг» и постоянно ведут со мной переговоры с помощью сверхвысоких частот, не дают ни минуты покоя. Вколачивают мне в голову грязные мысли и заставляют отвечать на них, все мои чувства уложили под железный колпак. Они с хулиганскими намерениями двига­ют моим языком, заставляют произносить нецензурные слова, забивают мне го­лову своими провокационными разговорами. По ночам вынимают мое сердце, легкие и вкладывают другие, кибернетические. Говорят, будто бы я гипноз, за­ставляют действовать на людей. Я весь стал сам не свой, даже ем и хожу автома­тически. А они все время мысленно говорят мне, что сделали из меня робота. Еще раз прошу незамедлительно принять меры против этих хулиганов».

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 8**

Больная М., 22 год а, инвалид II группы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удается выяснить, что больная беспрерывно слы­шит «голоса» большой группы людей, которые «прикрепляются» к ее голове с по­мощью каких-то аппаратов. Людей этих больная никогда не видела, но по их разговорам поняла, что они только и делают, что «занимаются половой жизнью». Головы этих людей связаны с ее головой, и потому она может обмениваться с ни­ми мыслями. Такое состояние больная называет «гипнозом». Чувствует, как эти люди действуют на ее половые органы, «используют как женщину», превращают в гермафродита, изменяют ее настроение, извращают вкус и запах пищи, превра­щают его в запах грязного человеческого тела, могут отнять у больной все мысли — «пустая голова и все». Уверена, что обладатели «голосов» превратили ее и всех других людей в роботов.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 9**

Больной Б., 22 год а, солдат. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, ды­хание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**Задача № 10**

Больной Р., 23 года, радиотехник. 3 года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и зад­него прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят но­сами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по нескольку раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, ста­рался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запа­ха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

1. Сколько и какие именно психопатологические синдромы Вы находите?
2. Назовите ведущий вид расстройств /синдром/.
3. Назовите наиболее вероятное заболевание.
4. Терапевтические средства /медикаменты, способы, методы/ первого и последующих выборов.
5. Обоснуйте Ваше решение с учетом фармакологических особенностей препаратов (механизмы воздействия, ожидаемые эффекты) и клинических проявлений.

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 001 | Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | фиксационной амнезии |
| Б | физической истощаемости |
| В | психической истощаемости |
| Г | аффективной лабильности |
|  |  |
| 002 | Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме |
| А | нарушения сознания |
| Б | аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения |
| В | повышенной утомляемости и истощаемости |
| Г | гиперстезии |
|  |  |
| 003 | Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | явлений "усталости, не ищущей себе покоя" |
| Б | проявлений раздражительной слабости |
| В | аффективной лабильности |
| Г | ментизма |
|  |  |
| 004 | Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая |
| А | легкие нарушения сознания в виде обнубиляции |
| Б | легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории |
| В | восстановление работоспособности после продолжительного отдыха |
| Г | утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению |
|  |  |
| 005 | Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме |
| А | меланхолического раптуса |
| Б | двигательного торможения |
| В | аффекта тоски |
| Г | идеаторного торможения |
|  |  |
| 006 | Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме |
| А | концентрации мышления на депрессивной фабуле |
| Б | затруднения запоминания |
| В | затруднения воспроизведения |
| Г | явлений прогрессирующей амнезии |
|  |  |
| 007 | К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая |
| А | повышенную чувствительность |
| Б | ощущение мышечной слабости |
| В | бедность мимики |
| Г | замедление движений |
|  |  |
| 008 | К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме |
| А | депрессии с бредом осуждения |
| Б | ступорозной депрессии |
| В | тревожной депрессии |
| Г | анестетической депрессии |
|  |  |
| 009 | К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме |
| А | депрессии с бредом самоуничижения |
| Б | депрессии с бредом ущерба |
| В | депрессии с интерпретативным бредом |
| Г | ипохондрической депрессии |
|  |  |
| 010 | К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме |
| А | мании с чувственным бредом |
| Б | спутанной мании |
| В | веселой мании |
| Г | гневливой мании |
|  |  |
| 011 | К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая |
| А | спутанную манию |
| Б | манию с чувственным бредом |
| В | манию с интерпретативным бредом |
| Г | манию с галлюцинозом |
|  |  |
| 012 | Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая |
| А | конфабуляции |
| Б | гипермнезию |
| В | ускорение ассоциаций |
| Г | явления отвлекаемости со скачкой идей |
|  |  |
| 013 | Признаками гипоманиакального состояния являются |
| А | повышение настроения |
| Б | повышенная активность |
| В | нарушение сна |
| Г | идеаторная спутанность |
|  |  |
| 014 | К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая |
| А | навязчивое чувство антипатии |
| Б | навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д. |
| В | навязчивый счет |
| Г | бесплодное мудрствование (умственная жвачка) |
|  |  |
| 015 | Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий |
| Б | острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного |
| В | стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие |
| Г | появления вопреки разуму, воли и чувству |
|  |  |
| 016 | Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности |
| Б | понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним |
| В | интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного |
| Г | возможности быть всеохватывающим |
|  |  |
| 017 | Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая |
| А | успокоение больного многократными проверками |
| Б | стремление проводить перепроверки |
| В | сомнение в правильности и точности исполнения |
| Г | назойливую неуверенность в правильности и законченности совершанных действий |
|  |  |
| 018 | Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | ощущения воздействия посторонней силы |
| Б | неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий |
| В | отношения к образным (чувственным) навязчивостям |
| Г | близости к навязчивым сомнениям |
|  |  |
| 019 | К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме |
| А | действия, совершаемого под воздействием чужой воли |
| Б | навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями |
| В | имеющих значение заклинаний, защиты |
| Г | воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости |
|  |  |
| 020 | Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | нарушения сознания |
| Б | расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности |
| В | чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я |
| Г | расстройства самосознания витальности и активности |
| **ВАРИАНТ № 2** | |
| 001 | В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая |
| А | восприятие окружающей обстановки как безжизненной |
| Б | ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей |
| В | блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя |
| Г | ощущение наблюдения себя как бы со стороны |
|  |  |
| 002 | В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | ощущения нереальности окружающего |
| Б | отчуждения мыслей, отчуждения чувств |
| В | отчуждения действий, поступков |
| Г | отчуждения представлений, воспоминаний |
|  |  |
| 003 | В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | утрату чувственного восприятия предметов |
| Б | феномен расщепления Я |
| В | феномен расщепления Я |
| Г | утверждение, что существуют два несогласных Я |
|  |  |
| 004 | К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме |
| А | понижения восприимчивости внешних раздражителей |
| Б | снижения или исчезновения чувства собственной жизненности |
| В | утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях) |
| Г | ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования |
|  |  |
| 005 | К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме |
| А | ощущения расстройства "схемы тела" (увеличения и смещения) |
| Б | нарушения осознавания себя как единого неразрывного целого |
| В | возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх |
| Г | сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии |
|  |  |
| 006 | К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая |
| А | появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему |
| Б | ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним |
| В | ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных |
| Г | ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я |
|  |  |
| 007 | К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая |
| А | дезориентировку в ситуации |
| Б | в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам" |
| В | в легких случаях ощущение отдаленности своего Я |
| Г | неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента |
|  |  |
| 008 | Дереализация характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства |
| Б | чувства призрачности окружающего |
| В | восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым |
| Г | утраты чувства действительности |
|  |  |
| 009 | Дереализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели |
| Б | восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным |
| В | возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства |
| Г | нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего |
|  |  |
| 010 | Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | восприятия, искажения формы и величины своего тела |
| Б | частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами |
| В | отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин |
| Г | необычности, вычурности ощущений |
|  |  |
| 011 | Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения |
| Б | подавленное настроение с сеностопатиями и мыслями о неизлечимой болезни |
| В | убежденность в существующем заболевании |
| Г | чрезмерно утрированное внимание к здоровью |
|  |  |
| 012 | Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме |
| А | убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д. |
| Б | наличия системы доказательств заболевания |
| В | упорного требования обследования |
| Г | проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения |
|  |  |
| 013 | Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | припадка с клонической и тонической фазой |
| Б | разнообразных сложных, выразительных движений |
| В | сопровождающегося помрачением сознания |
| Г | психогенной обусловленности |
|  |  |
| 014 | Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая |
| А | секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц |
| Б | патетическую жестикуляцию |
| В | приступы рыдания и хохота |
| Г | чувство дурноты, учащенное дыхание |
|  |  |
| 015 | Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая |
| А | психогенную слепоту |
| Б | различные гиперкинезы и тики |
| В | явления астазии-абазии |
| Г | функциональные парезы и параличи |
|  |  |
| 016 | Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | наличия характера сделанности этих расстройств |
| Б | гипестезии и анестезии участков тела |
| В | утраты слуха |
| Г | психогенной слепоты (амавроза) |
|  |  |
| 017 | Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией |
| Б | отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения |
| В | отсутствия нарушения пространственной ориентировки |
| Г | сохранения реакции на свет |
|  |  |
| 018 | При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме |
| А | нарушения барабанной перепонки |
| Б | сохранения реакции на невербальные звуки и шумы |
| В | наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке |
| Г | сужения зрачков при громких звуках |
|  |  |
| 019 | Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания |
| Б | расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку |
| В | чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных |
| Г | звучания психотравмирующей ситуации |
|  |  |
| 020 | Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | целиком ошибочных, неправильных умозаключений |
| Б | склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать |
| В | наличия выраженного аффективного напряжения |
| Г | приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места |
| **ВАРИАНТ № 3** | |
| 001 | Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | доступности исправления, устранения путем убеждения |
| Б | искажения отражения действительности |
| В | полного овладения сознания |
| Г | невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью |
|  |  |
| 002 | Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | возникновения этого состояния после "кристаллизации бреда" |
| Б | необъяснимого мучительного беспокойства |
| В | приобретения окружающим иного смысла |
| Г | восприятия себя и окружающего мира измененным |
|  |  |
| 003 | Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | нарушения чувственного познания окружающего мира |
| Б | непрерывной внутренней работы над содержанием бреда |
| В | крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции |
| Г | построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику |
|  |  |
| 004 | Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме |
| А | преобладания образных представлений, наличия растерянности |
| Б | стойкости и прогрессирования |
| В | наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей |
| Г | превращения бредовых идей в постоянное воззрение |
|  |  |
| 005 | Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств |
| Б | фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений |
| В | преобладания воображения, фантазии, грез |
| Г | отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований |
|  |  |
| 006 | Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме |
| А | обязательности сосуществования с изменениями личности |
| Б | сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания |
| В | сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза |
| Г | сохранения в качестве моносимптома |
|  |  |
| 007 | Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме |
| А | наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах |
| Б | возможности точного описания своих ощущений |
| В | ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся |
| Г | ощущения присутствия в теле живых существ |
|  |  |
| 008 | Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме |
| А | наличия признаков нарушения сознания |
| Б | безжизненности, беззвучности, бестелесности |
| В | интрапроекции внутри организма |
| Г | наличия характера сделанности |
|  |  |
| 009 | Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме |
| А | возникновения при нарушениях сознания |
| Б | наличия вызываемых, показываемых видений, картин |
| В | характера сделанности |
| Г | бесформенности или отчетливой формы |
|  |  |
| 010 | Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме |
| А | ощущения, что языком больного произносят слова, фразы |
| Б | содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д. |
| В | громких мыслей |
| Г | звучания мыслей |
|  |  |
|  |  |
| 011 | Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | сделанных неприятными ощущения |
| Б | ментизма, симптома открытости, звучания мыслей |
| В | мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности |
| Г | отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний |
|  |  |
| 012 | Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | сделанного настроения, сделанного чувства |
| Б | разнообразного характера сделанных ощущений |
| В | чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела |
| Г | необычности, вычурности ощущений |
|  |  |
| 013 | Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | отнятия мыслей, разматывания воспоминаний |
| Б | убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями |
| В | убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне |
| Г | проявления ощущения неподвижности, оцепенения |
|  |  |
| 014 | Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | правдоподобности высказываний |
| Б | сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта |
| В | очевидности для больных, неоспоримости их утверждений |
| Г | склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами |
|  |  |
| 015 | Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания яркости аффекта |
| Б | развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей |
| В | возникновения острого фантастического и антагонистического бреда |
| Г | склонности к развитию на ее высоте онейроида |
|  |  |
| 016 | Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | выраженного депрессивного аффекта |
| Б | обездвиженности застывшего амимичного лица |
| В | повышения мышечного тонуса |
| Г | длительно сохранения одной позы |
|  |  |
| 017 | Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | ложных воспоминаний |
| Б | неполной обездвиженности |
| В | более или менее выраженного мутизма |
| Г | продолжительного сохранения одного и того же положения тела |
|  |  |
| 018 | Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу |
| Б | сохранения любого изменения позы |
| В | состояния обездвиженности |
| Г | появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях |
|  |  |
| 019 | Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | ложных воспоминаний |
| Б | абсолютной безучастности |
| В | полной бездеятельности |
| Г | крайнего бессилия, доходящего до прострации, бессонницы |
|  |  |
| 020 | Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | ощущения сделанности состояния |
| Б | того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения |
| В | мучительной, невыносимой тоски |
| Г | безысходного отчаяния |
| **ВАРИАНТ № 4** | |
| 001 | Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | хаотического возбуждения с агрессией |
| Б | театральности поз, декламации, пения и т.д. |
| В | преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза |
| Г | выспренности, непоследовательности речи |
|  |  |
| 002 | Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | театральности поз |
| Б | агрессии, неистовой ярости |
| В | прерывания кратковременными состояниями ступора |
| Г | преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации) |
|  |  |
| 003 | Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | преобладания выражения восторга, экстаза |
| Б | нелепого, бессмысленного хохота |
| В | прыжков, кривляния |
| Г | неуместных плоских шуток |
|  |  |
| 004 | Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | характера сделанности |
| Б | совершения действия без контроля сознания |
| В | возникновения при глубоком нарушении психической деятельности |
| Г | внезапного и стремительного начала |
|  |  |
| 005 | Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме |
| А | бессмысленных двигательных возбуждений |
| Б | влечений, подчиняющих себе поведение больного |
| В | сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний |
| Г | неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства |
|  |  |
| 006 | Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме |
| А | применения антидепрессантов |
| Б | применения ЭСТ |
| В | применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (мажептил, галоперидол, триседил) |
| Г | инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, лепонекс) |
|  |  |
| 007 | Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая |
| А | чувство сделанности |
| Б | бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания |
| В | дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности |
| Г | отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг |
|  |  |
| 008 | Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | кататонических включений |
| Б | помрачения сознания |
| В | наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций |
| Г | резко выраженных двигательных возбуждений |
|  |  |
| 009 | Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | псевдогаллюцинаторных расстройств |
| Б | расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями |
| В | изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гиперстезии |
| Г | смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью |
|  |  |
| 010 | Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая |
| А | кататонические расстройства |
| Б | преобладание парейдолий |
| В | увеличение лабильности аффекта |
| Г | усиление расстройства сна |
|  |  |
| 011 | Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели |
| Б | наплыва зрительных, обычно сценоподобных галлюцинаций |
| В | резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой |
| Г | наличия светлых промежутков с астенией |
|  |  |
| 012 | Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | совершение профессиональных движений |
| Б | хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели |
| В | невнятное бессвязное бормотание |
| Г | развитие на высоте возбуждения хореиформных гиперкинезов |
|  |  |
| 013 | Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | выраженных галлюцинаторных и бредовых включений |
| Б | понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания |
| В | повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей |
| Г | замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего |
|  |  |
| 014 | Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме  состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами |
| А | конфабуляторных расстройств |
| Б | правильных ответов на простые вопросы |
| В | способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику |
| Г | состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами) |
|  |  |
| 015 | Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме |
| А | фебрильной шизофрении |
| Б | сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы |
| В | черепно-мозговых травм |
| Г | расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности) |
|  |  |
| 016 | Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | видоизменение и перевоплощение своего Я |
| Б | полную отрешенность больных от окружающего |
| В | фантастическое содержание переживаний |
| Г | дисмнестические расстройства |
|  |  |
| 017 | Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме |
| А | экспансивного онейроида |
| Б | ориентированного онейроида |
| В | фантастически-иллюзорного онейроида |
| Г | грезоподобного онейроида |
|  |  |
| 018 | Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | появления астенических расстройств |
| Б | фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств |
| В | приобретения фантастического содержания реальных событий |
| Г | возникновения фантастического ретроспективного бреда |
|  |  |
| 019 | Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | наплыв истинных зрительных галлюцинаций |
| Б | легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени |
| В | преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора |
| Г | сосуществование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем |
|  |  |
| 020 | Грезоподобный онейроид проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | преобладания вербальных псевдогаллюцинаций |
| Б | ощущения себя участником фантастических событий |
| В | полной отрешенности от окружающей обстановки |
| Г | преобладания в сознании больного визуализированных фантастических представлений, связанных с внутренним миром больного |
| **ВАРИАНТ № 5** | |
| 001 | Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме |
| А | эндогенной |
| Б | психотической |
| В | простой |
| Г | истерической (психогенной) |
|  |  |
| 002 | Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая |
| А | сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания |
| Б | развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом |
| В | спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов |
| Г | больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно |
|  |  |
| 003 | Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений |
| Б | слова и действия больных отражают существование патологических переживаний |
| В | восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств |
| Г | возникает относительно постепенно |
|  |  |
| 004 | Особенностями сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая |
| А | ориентированность в месте и времени |
| Б | отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания |
| В | амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной |
| Г | продолжительность от нескольких часов до недель |
|  |  |
| 005 | Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций |
| Б | преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации |
| В | зрительные галлюцинации чаще чувственно ярки, сценоподобны, окрашены в разные цвета или сверкают |
| Г | характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации |
|  |  |
| 006 | Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | состояния носят характер сделанности |
| Б | заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений |
| В | ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего |
| Г | сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению |
|  |  |
| 007 | К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме |
| А | джексоновского припадка |
| Б | атипичных (рудиментарных) форм больших припадков |
| В | большого судорожного припадка |
| Г | адверсивного судорожного припадка |
|  |  |
| 008 | К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме |
| А | парциальных (джексоновских) |
| Б | импульсивных (миоклонических) |
| В | ретропульсивных |
| Г | пропульсивных (акинетических) |
|  |  |
| 009 | К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая |
| А | амиотонические |
| Б | клевки |
| В | салам-припадки |
| Г | кивки |
|  |  |
| 010 | К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме |
| А | сделанных воспоминаний |
| Б | парамнезии |
| В | конфабуляции |
| Г | амнезии |
|  |  |
| 011 | Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события |
| Б | невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни |
| В | распространения подобного забвения на различный период |
| Г | выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию |
|  |  |
| 012 | Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая |
| А | сделанные воспоминания |
| Б | патологические воображения в форме воспоминаний |
| В | обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного |
| Г | действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время |
|  |  |
| 013 | Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | повышения мышечного тонуса |
| Б | ограничения общения вследствие снижения откликаемости |
| В | ослабления внимания, обеднения мышления |
| Г | скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности |
|  |  |
| 014 | Абулия проявляется всем перечисленным, исключая |
| А | отказ от речи (мутизм) |
| Б | прекращение общение вследствие исчезновения откликаемости |
| В | полную безучастность и бездеятельность |
| Г | утраты желания |
|  |  |
| 015 | Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | чувства сделанности состояния |
| Б | порывистости, инициативности |
| В | говорливости, подвижности |
| Г | повышенной деятельности |
|  |  |
| 016 | Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | трудности отделения главного от второстепенного |
| Б | жалоб на утрату способности к мышлению |
| В | ощущения ослабления умственных способностей |
| Г | однообразия мыслей и представлений, трудности их образования |
|  |  |
| 017 | Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | наличия непроизвольно возникающего непрерывного и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений |
| Б | утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях |
| В | потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу |
| Г | хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении |
|  |  |
| 018 | Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме |
| А | выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью |
| Б | утраты способности отделения существенного от несущественного |
| В | утраты способности отделения главного от второстепенного |
| Г | замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих |
|  |  |
| 019 | Сужение объема мышления характеризуется всем перечисленным, исключая |
| А | нарушение целенаправленности мышления |
| Б | сужение круга представлений |
| В | крайнюю ограниченность содержания мышления, обеднение темы |
| Г | уменьшение подвижности мыслительных процессов |
|  |  |
| 020 | Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме |
| А | возникновения при кратковременном нарушении сознания |
| Б | внезапной блокады мыслей |
| В | неожиданной остановки, перерыва мыслей |
| Г | того, что больные замолкают, утратив нить мысли |

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

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина «Психиатрия»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

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

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Общая психопатология. Понятие симптома и синдрома в психиатрии.
2. Понятие психоорганических расстройств и их структура. Роль С.С. Корсакова и Е.Блейлера в развитии учения о психоорганических нарушениях.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача № 3

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **УК-1:** готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | **Знать** учение о симптомах и синдромах, простых и сложных синдромах, позитивных и негативных, психотических и допсихотических (пограничных); закономерности синдромогенеза, синдромотаксиса и динамической смены синдромов по мере течения психических заболеваний; сущность психопатологического анализа. | Вопросы № 1-20,78,91-96  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** определять психопатологию и сущность психопатологического метода исследования; виды психопатологии как раздела практической психиатрии: описательная, феноменологическая, динамическая, интеракционная, категориальная, транскультурная и др.; знать общее и различное в смежных методах исследования (пато- и нейропсихологическом). | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** технологиями выявления симптомально-синдромальных проявлений психической патологии, описывания их и квалификации; выделения синдромов, предпочтительных для отдельных видов психических заболеваний и соотносения их к этиопатогенетическим факторам. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |
| 2 | **ПК-4:** готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | **Знать** теоретические основы эпидемиологических исследований, основные факторы и частоту возникновения психических расстройств, их динамику и исход, цели и задачи эпидемиологии как раздела научной и практической психиатрии. | Вопросы № 69-71, 91-96, 98-112  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** применять на практике методологические основы и методы эпидемиологических исследований, способы совершенствования выборок, планирования и методов анализа. | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** техникой составления дизайна научных исследований, применения компьютерных технологий, проведения популяционные исследования, создание выборки, определение факторов риска психической патологии, описания социодемографических характеристик, владения научно-статистическим методом, умения расчета показателей заболеваемости и болезненности. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |
| 3 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** историю вопроса о формировании учений об отдельных психических заболеваниях, современные нозологические классификации психической патологии, действующую международную классификацию психических и поведенческих расстройств; знать концепции этиологии и патогенеза заболеваний эндогенных, эндогенно-органических, экзогенных и экзогенно-органических, психогенных, патологии психического развития. | Вопросы № 23-62,78-79,90  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** определять эпидемиологию, этиологическую структуру и механизмы патогенеза отдельных нозологий, их синдромальную предпочтительность, клинические формы, типы течения, подходы к классификации, действующую международную классификацию отдельных заболеваний, диагностические критерии психических расстройств и расстройств поведения, нозологическую синдромальную предпочтительность, клинические формы и типы динамики психических заболеваний. | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** техникой проведения дифференциальной клинической диагностики отдельных видов психических заболеваний, обоснования клинического диагноза, оформления истории болезни, назначения методов обследования больных. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |
| 4 | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской  помощи | **Знать** спектры основных и дополнительных фармакологических эффектов современных психотропных лекарственных средств, их побочные действия, возможные осложнения, способы преодоления терапевтической резистентности; знать методы психологического и психосоциального лечения и реабилитации больных, теоретические основы психотерапии. | Вопросы № 21-68,72-77  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** формировать комплаенс, обосновывать терапевтические назначения, применять активные методы лечения психически больных, проводить терапию неотложных состояний в психиатрии, предотвращать и купировать осложнения лечения, купировать обострения психических заболеваний, преодолевать терапевтическую резистентность. | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** техникой планирования лечебных и реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре, амбулаторных условиях, в полустационарах; применения психометрических методов оценки эффективности лечения и реабилитации больных, соотнесения полученных результатов к уровням социального функционирования больных, степени их реадаптации и к качеству жизни. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |
| 5 | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной  терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | **Знать** спектры основных и дополнительных фармакологических эффектов современных психотропных лекарственных средств, их побочные действия, возможные осложнения, способы преодоления терапевтической резистентности; знать методы психологического и психосоциального лечения и реабилитации больных, теоретические основы психотерапии. | Вопросы № 88-89, 97  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** формировать комплаенс, обосновывать терапевтические назначения, применять активные методы лечения психически больных, проводить терапию неотложных состояний в психиатрии, предотвращать и купировать осложнения лечения, купировать обострения психических заболеваний, преодолевать терапевтическую резистентность. | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** техникой планирования лечебных и реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре, амбулаторных условиях, в полустационарах; применения психометрических методов оценки эффективности лечения и реабилитации больных, соотнесения полученных результатов к уровням социального функционирования больных, степени их реадаптации и к качеству жизни. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |
| 6 | **ПК-10:** готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | **Знать** формы социально-психиатрической помощи больным, социальной поддержки и опеки, социальной и профессиональной реабилитации психически больных, семейной терапии, социотерапии. | Вопросы № 80-87  Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** применять на практике кодекс профессиональной этики психиатра, соблюдать конфиденциальность, «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». | Ситуационные задачи №1-10 |
| **Владеть** навыками практического использования критериев индивидуального и общественного здоровья; методов исследования социальной психиатрии; эпидемиологических исследований – как одной из социальных основ психиатрии; оценки влияния микро- и макросоциальных факторов на психическое здоровье; методами экопсихологии и экопсихиатрии; оценки факторов, влияющих на формирование общественно опасного поведения психически больных; анализа отношения общества к психически больным; составления социальных программ охраны и укрепления психического здоровья населения. | Практические задания  Ситуационные задачи №1-10 |