



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Психиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия
Квалификация (специальность)	врач-психиатр
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и): кафедра психиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Д.И. Шустов	д.м.н., проф.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психиатрии
А.В. Меринов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры психиатрии
И.А. Федотов	к.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры психиатрии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Б.Ю. Володин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры психологическог о консультировани я и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО
Д.С. Петров	Д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологическог о консультировани я и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1062 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

Текущий контроль успеваемости проводится по прохождении каждого модуля, каждого семестра в форме тестирования, собеседования, решении ситуационных задач, устного опроса у постели больного, делая доклад по одному из курируемых больных.

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

1. Соскальзывания являются основой для:

1. ускорения мышления
2. разорванности
3. патологической обстоятельности
4. парамнезии

2. Тактильные галлюцинации – это:

1. восприятие законченного предмета или явления на коже или под кожей
2. сенестопатии
3. синэстезии
4. разновидность галлюцинаций общего чувства

3. Нигилистический бред Котара – это бред:

1. маниакальный
2. депрессивный
3. персекуторный
4. индуцированный

4. Искаженное восприятие предметов называется:

1. галлюцинация
2. иллюзия
3. гиперестезия
4. гипестезия

5. Неологизмы – это:

1. застревание представлений
2. новые словообразования
3. разрыхление мышления
4. синоним силлогизма

6. Резонерское мышление – это:

1. потеря логической последовательности
2. чрезмерное детализирование
3. бесплодное мудрствование
4. ригидность мышления

7. Парейдолии являются разновидностью:

1. патологии ощущений
2. сложных галлюцинаций
3. сложных иллюзий
4. патологии памяти

8. Бред ущерба наиболее характерен для:

1. людей пожилого возраста
2. среднего возраста
3. подростковый
4. детский

9. Персекуторный бред характеризуется:

1. идеями величия

2. идеями преследования
 3. идеями изобретательства
 4. идеями реформаторства
- 10. При аментивном синдроме обнаруживаются нарушения мышления:**
1. бессвязность
 2. ускорение
 3. замедление
 4. резонерство
- 11. Навязчивые идеи – это:**
1. идеи, не представляющие ценности для личности, с попытками избавиться от них
 2. идеи, переоцениваемые в их значении, нет противодействия им
 3. разновидность бредовых идей
 4. сверхценные идеи
- 12. К признакам нарушенного сознания по Ясперсу относятся**
1. Сенестопатии, психические автоматизмы, бред внешнего воздействия
 2. Обнубиляция, сопор, кома
 3. Дезориентировка, расстройства мышления, амнезия, отрешенность
 4. Ускоренное мышление, гипертимия, психомоторное возбуждение
- 13. При сенестопатиях:**
1. всегда определяется патология соответствующего органа
 2. отмечаются тягостные, мучительные, трудноописываемые ощущения в различных частях тела
 3. всегда определяется патология сознания
 4. никогда не сопровождается «чувством сделанности»
- 14. К депрессивному бреду не относится:**
1. ипохондрический
 2. реформаторства
 3. бред Котара
 4. самоуничижения
- 15. Синдром Кандинского-Клерамбо не включает**
1. псевдогаллюцинации
 2. псевдореминисценции
 3. психические автоматизмы
 4. бред внешнего воздействия
- 16. Замедление мышления характерно для синдрома:**
1. депрессивного
 2. маниакального
 3. гебефренического
 4. паранойяльного
- 17. Симптом Капгра – это симптом:**
1. положительного и отрицательного двойника
 2. уже виденного
 3. никогда не виденного
 4. аутокопии
- 18. Деперсонализация и дереализация относятся к нарушениям:**
1. ощущений
 2. памяти
 3. сенсорного синтеза
 4. мышления
- 19. Характерным расстройством мышления при эпилепсии является:**
1. патологическая вязкость
 2. ускорение

3. соскальзывание
 4. ментизм
- 20. К отличиям истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций не относится:**
1. псевдогаллюцинации сопровождаются «чувством сделанности»
 2. псевдогаллюцинации не связаны с воспринимаемым окружающим пространством
 3. псевдогаллюцинации встречаются у здоровых лиц, истинные галлюцинации только у больных
 4. псевдогаллюцинации связаны с бредом внешнего воздействия
- 21. Парестезии являются расстройством:**
1. воли
 2. ощущений
 3. восприятия
 4. памяти
- 22. Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций:**
1. чувством сделанности
 2. интенсивностью
 3. преимущественно зрительным характером
 4. преимущественным возникновением в ночное время
- 23. Синдром Кандинского-Клерамбо – это:**
1. признак нарушенного сознания
 2. синдром психического автоматизма
 3. расстройство эмоциональной сферы
 4. патология памяти
- 24. Бред отражает нарушение функции мышления:**
1. по форме
 2. по содержанию
 3. по скорости
 4. по образности
- 25. К маниакальному бреду не относится бред:**
1. богатства
 2. могущества
 3. величия
 4. нигилистический
- 26. Корсаковский амнестический синдром не включает:**
1. парамнезии
 2. прогрессирующую амнезию
 3. фиксационную амнезию
 4. гипермнезию
- 27. Невозможность запоминания текущих событий:**
1. фиксационная амнезия
 2. психогенная амнезия
 3. ретроградная амнезия
 4. антероградная амнезия
- 28. Амбивалентность — это патология:**
1. мышления
 2. памяти
 3. сознания
 4. эмоционально-волевой сферы
- 29. Закон Рибо определяет:**
1. объем кратковременной памяти
 2. закономерности формирования конфабуляторного бреда
 3. взаимосвязь эмоционального напряжения и объема памяти

4. динамику расстройств мышления в случае прогрессирующей амнезии
- 30. К повышенному настроению не относится:**
 1. эйфория
 2. мория
 3. экзальтация
 4. мутизм
- 31. Эмоциональная тупость является исходом:**
 1. шизофрении
 2. аффективных психозов
 3. алкоголизма
 4. невротического расстройства
- 32. К группе антидепрессантов относится:**
 1. амитриптилин
 2. нистатин
 3. аминазин
 4. галоперидол
- 33. К триаде маниакального синдрома не относится:**
 1. ускоренное мышление
 2. изменение сознания
 3. повышение двигательной активности
 4. повышение настроения
- 34. Нарушения памяти типичны при:**
 1. вялотекущей шизофрении
 2. органическом поражении ЦНС
 3. маниакальном эпизоде
 4. специфических расстройствах личности
- 35. Развитие депрессивного синдрома связано с изменением уровня:**
 1. эстрогена
 2. серотонина
 3. инсулина
 4. эпинефрина
- 36. Маниакальная триада состоит из:**
 1. заторможенности мышления и движений при повышении аффекта
 2. увеличения настроения и скорости мышления при бреде одержимости
 3. увеличения настроения, скорости мышления и двигательной активности
 4. гипобулии, ажитации и гебефренического синдрома
- 37. Повышение настроения с дурашливостью называется:**
 1. мория
 2. эйфория
 3. экзальтация
 4. «дежавю»
- 38. К триаде депрессивного синдрома не относится:**
 1. двигательная заторможенность
 2. замедление мышления
 3. разорванность мышления
 4. понижение настроения
- 39. Патологический аффект отличается от физиологического:**
 1. длительностью
 2. состоянием сознания
 3. типом мышления
 4. типом галлюцинаций
- 40. Замещение провалов памяти фантастическими событиями называется:**

1. псевдореминисценции
 2. конфабуляции
 3. бред
 4. гипермнезия
- 41. К синдромам выключения сознания относится:**
1. делирий
 2. кома
 3. онейроид
 4. аменция
- 42. После перенесения аментивного нарушения сознания наступает амнезия:**
1. никогда не наступает
 2. наступает частичная
 3. наступает полная
 4. наступает прогрессирующая
- 43. Аутизм более характерен для:**
1. неврозов
 2. шизофрении
 3. алкоголизма
 4. деменции
- 44. Сумеречное помрачение сознания встречается при:**
1. неврастении
 2. эпилепсии
 3. психопатии
 4. шизофрении
- 45. Аффективные реакции больного эпилепсией характеризуются:**
1. слабодушием
 2. брутальностью
 3. лабильностью
 4. нивелированностью
- 46. Маниакальный синдром характерен для:**
1. прогрессивного паралича
 2. инволюционной меланхолии
 3. глубокой умственной отсталости
 4. инфертильности
- 47. Корсаковский амнестический синдром характерен для:**
1. шизофрении
 2. психоорганического синдрома
 3. невротического расстройства
 4. глубокой умственной отсталости
- 48. Слабодушие это:**
1. эмоциональная лабильность
 2. полное равнодушие, безучастность
 3. эмоциональная неадекватность
 4. эмоциональная тупость
- 49. Онейроид встречается при:**
1. кататонической шизофрении
 2. простой шизофрении
 3. шизофазии
 4. параноидной шизофрении
- 50. Нарушение памяти и поведения по типу “жизни в прошлом” встречается при болезни Альцгеймера и называется:**
1. криптомнезия

2. экмнезия
3. амнезия
4. мория

Критерии оценки тестового контроля:

Отлично	91-100% правильных ответов
Хорошо	81-90% правильных ответов
Удовлетворительно	61-80% правильных ответов
Неудовлетворительно	60% и менее правильных ответов

Примеры контрольных вопросов для собеседования и для контрольных работ:

1. Абстинентный синдром, варианты исхода.
2. Алкогольный делирий (белая горячка).
3. Амнестический синдром вследствие употребления алкоголя (Корсаковский психоз).
4. Аналитическая психотерапия (З. Фрейд, А. Адлер, К.Г. Юнг, Э. Берн).
5. Астенический синдром. Клиника. Его особенности при шизофрении.
6. Аутоагрессивное поведение. Виды. Суицидальное поведение.
7. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства (МДП, циклотимия).
8. Виды и сроки принудительного лечения психически больных, совершивших противоправные действия. Порядок принудительной госпитализации.
9. Виды психических расстройств (невротический и психотический уровни, личностные расстройства).
10. Влечения и их патология.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется ординатору, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача 1

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку. стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

Задача 2

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое.

В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: нет, ничего. Я здоров.

Профессор: почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: нет, не хочу. Я здесь останусь,

Задача 3

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав

полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Задача 4

Больной Ш., 26 лет, инженер. 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 «намекы», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога 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.

Задача 5

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

Задача 6

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за 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 течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в

такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к 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, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

Задача 7

Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей-интернов мужского пола, ложится в кровать, задирает хала, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая...Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных.

При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Задача 8

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

Задача 9

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»

Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

- Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
- 40, или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?

- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!..
- А какой сейчас у нас год?
- Наверное, 1961...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я дома, у себя в избе.
- Как Вас здесь кормят?

Задача 10

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

Задача 11

Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. Ест после растормаживания внутривенным введением амитал-натрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли известны окружающим, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.

Задача 12

Больной Т, 22 лет, токарь. Поступил в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это проделывает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач, поднял руку - и больной поднял, врач хлопнул в ладоши - и больной сделал то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больного: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказал, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сам

вам покажу, хоть вы кривые, а я косою, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышал, как врач сказал медсестре, что больному нужно сделать инъекцию галоперидола), я весь тут перемажусь, как свинья» и т. п.

Задача 13

Больной Ф., 72 лет, пенсионер. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб не предъявляет. В отделении спокоен, подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то беседует с ними. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача, спустя несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, а через 5 минут, опять спрашивает о том же. Числа, месяца и года назвать не может. Видя вокруг себя людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую - не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь-то во дворе привязал! Сейчас ходил, сена ей задал!» Вернувшись после консультации в кабинете профессора, всем рассказывал с убежденностью, что профессор угощал его шампанским; сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит поговорить о днях своей молодости. Помнит события школьных лет, правильно воспроизводит эпизоды Великой Отечественной войны, в которой больной принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает: то утверждает, что их у него вообще нет, то называет несколько имен, во всякий раз разных.

Задача 14

У самых дверей отделения врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший.

- Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние. Как говорится, не важен метод - важен результат. А вон та нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить, но тут же на лице вновь появляется улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю? - и т. д.

В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

Задача 15

Больной О., 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного

совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, большой переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем большой несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

Вопросы к задачам:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению ординатора, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение ординатора в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации во 2 семестре - экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Ординатору достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут. Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (теоретические и практические), а также клинический кейс-задачу.

Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если ординатор показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.
- Оценки «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с

дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях ординатора основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины «Психиатрия»

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-3: готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

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 оказании психиатрической медицинской помощи

ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

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

ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

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

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПК-12: готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (современные информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности):

Общая психопатология

1. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
2. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х. Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
3. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.
4. Мышление в норме, его нарушения по форме.
5. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
6. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
7. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
8. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
9. Память и её нарушения.
10. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
11. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
12. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
13. Внимание и его нарушения.
14. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
15. Синдромы помрачения сознания.
16. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
17. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
18. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
19. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
20. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
21. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
22. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
23. Синдром прогрессирующей амнезии.
24. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
25. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
26. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
27. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
28. Позитивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое значение.

История и организация психиатрической помощи

1. Предмет и задачи психиатрии. Место психиатрии как науки среди других медицинских дисциплин.
2. История развития психиатрии: донаучный и научный этапы.
3. Границы и возможности социальной психиатрии.
4. Виды психических расстройств (невротический, пограничный и психотический уровни, личностные расстройства)
5. Синдромологическое и нозологическое направления в психиатрии. Роль Э. Крепелина. Концепция Гризингера о едином психозе.
6. Возникновение и развитие отечественной психиатрии. Значение работ И.М. Балинского, В.М. Бехтерева, А.В. Снежневского.
7. С.С. Корсаков. Его роль в психиатрии. Гуманистические традиции отечественной психиатрии.

8. Н.Н. Баженов и его роль в отечественной психиатрии. Семейный патронаж.
9. Структура психиатрической помощи в России.
10. Правовые основы психиатрии. Основные положения закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
11. Особенности устройства и режима психиатрической больницы. Варианты надзора. Режим открытых дверей.
12. Особенности ухода и надзора за психически больными. Реформа Ф. Пинеля. Режим нестеснения. Госпитализм.
13. Роль стационарного и амбулаторного звеньев в оказании психиатрической помощи.
14. Трудовая экспертиза. Трудоустройство психически больных.
15. Военно-психиатрическая экспертиза.
16. Судебно-психиатрическая экспертиза. Её виды. Права и обязанности эксперта. Дееспособность. Понятие о физиологическом и патологическом аффекте.
17. Понятие о невменяемости. Медицинские и юридические критерии. Исключительные состояния в судебно-психиатрической практике.
18. Симуляция, диссимуляция и аггравация в психиатрической практике.
19. Виды и сроки принудительного лечения психически больных, совершивших противоправные действия. Порядок принудительной госпитализации.
20. Современные инструментальные и лабораторные исследования в психиатрии. Методы нейровизуализации.
21. Роль соматического и неврологического обследования в психиатрической практике.
22. Роль наследственности в этиологии психических заболеваний. Методы изучения наследственности. Концепция вырождения Мореля.
23. Соотношения структуры и функции в современном понимании организации психической деятельности.

Общая психопатология

1. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
2. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х. Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
3. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.
4. Мышление в норме, его нарушения по форме.
5. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
6. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
7. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
8. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
9. Память и её нарушения.
10. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
11. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
12. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
13. Внимание и его нарушения.
14. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
15. Синдромы помрачения сознания.
16. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
17. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.

18. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
19. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
20. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
21. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
22. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
23. Синдром прогрессирующей амнезии.
24. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
25. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
26. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
27. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
28. Позитивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое значение.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих психопатологических состояний:

Частная психиатрия

1. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.
2. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.
3. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.
4. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.
5. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.
6. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.
7. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
8. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
9. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
10. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).
11. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.
12. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.
13. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.
14. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
15. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов. Лечение.

16. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
17. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
18. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
19. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
20. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
21. Шизофрения: типы течения, прогноз, исходные состояния. Фебрильная шизофрения.
22. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы).
23. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства.
24. Аффективные расстройства: шизоаффективное расстройство, послеродовая депрессия.
25. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение.
26. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
27. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, лечение.
28. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
29. Специфические расстройства личности. Классификация, клиника, подходы к лечению.
30. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.

Лечение психических расстройств

1. Общие принципы лечения психических расстройств.
2. Принципы, этапы и методы лечения алкогольной зависимости.
3. Психотропные средства. Их классификация.
4. Антипсихотические препараты. Корректоры нейролептических осложнений.
5. Антидепрессанты и анксиолитики.
6. Препараты для лечения деменции.
7. Нормотимики.
8. Биологические методы лечения: светолечение, транскраниальная магнитная стимуляция, психохирургия, электросудорожная терапия.
9. Помощь при неотложных состояниях в психиатрии. Эпилептический статус и неотложные мероприятия при нем.
10. Помощь депрессивным больным. Фармакотерапия и психотерапия (КБТ и другие методы). Особенности ухода и надзора.
11. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
12. Лечение суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения.
13. Психотерапия в психиатрической клинике. Общие показания и противопоказания. Общие действующие факторы психотерапии.
14. Гипносуггестивная психотерапия. Виды. Показания и противопоказания.
15. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания к применению.
16. Психодинамическая психотерапия (З. Фрейд, А. Адлер, К.Г. Юнг). Показания к применению.
17. Трансакционный анализ Э. Берна и его применение при лечении психических и аддиктивных расстройств.
18. Экзистенциально-гуманистические направления в психотерапии (экзистенциальный анализ В. Франкла, клиент-центрированная психотерапия К. Роджерса).
19. Реабилитация, реадaptация и ресоциализация психически больных.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

- 1) Защита истории болезни.
- 2) Решение клинических задач

Клинический кейс

Больная 64 лет в течение года находится в психиатрической больнице. Ранее длительное время злоупотребляла алкоголем, перенесла несколько алкогольных психозов. Был сформировано алкогольный абстинентный синдром, но в последнее время алкоголь не употребляет из-за интолерантности. При беседе оказывается, что она не знает числа, года, месяца. Врач называет ей текущую дату, после 2–3 фраз в разговоре не может эту дату воспроизвести. Уверяет, что врач ей ничего не говорил.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радуется, покупки не доставляют радость». Иногда высказывает суицидальные мысли.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной М., 30 лет, злоупотреблял алкоголем длительное время. Однажды не смог опохмелиться, не спал двое суток. Вечером увидел, что в его комнате за столом сидят незнакомые мужчины и женщины, курят и выпивают, о чем-то говорят. Голоса их слышал, но слов не разобрать. Затем увидел «страшных зверей». Больной возмутился, потребовал у матери гнать гостей, вызвать милицию. Не понимал, где он находится, не мог назвать время.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной Ж., 30 лет, слесарь. Заболевание развилось довольно остро. Нарушился сон. Стал тревожным, беспокойным. За стеной слышал «голос» соседа, который рассказывал о нем незнакомым мужчинам, переговаривался с кем-то, обсуждая поведение больного. Внезапно слышал, что его хотят убить. Тщательно закрыл дверь, никого не впускал в квартиру. Испытывал страх. Пустил в квартиру после длительных переговоров жену, которая заверила, что рядом с ней никого нет. В клинике почти постоянно слышит мужские «голоса», раздающиеся из-за стены, из соседней палаты, полагая, что они принадлежат проникшим в отделение преследователям. «Голоса» угрожают ему убийством, сообщают об ожидающем его наказании, обсуждают способы его уничтожения. Не сомневается в реальности «голосов», так как они ничем не отличаются от обычной человеческой речи, пытается с ними спорить.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной А., 40 лет. В прошлом перенес дважды сотрясение головного мозга. Госпитализирован из отделения милиции, куда обращался с тем, что ему постоянно «внушают мысли», «думают за него», «мысленно приказывают выпрыгнуть их окна». Слышит в голове обвиняющего и оскорбляющего характера мужские и женские голоса. «Голоса» усиливаются к вечеру, днем говорят «шепотом».

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной 33 лет поступил на судебно-психиатрическую экспертизу после убийства жены. В анамнезе злоупотребление алкоголем, сформирован похмельный синдром. В течение месяца плохо спит, перестал работать. Упрекает жену в неверности, устраивает ей «допросы» в присутствии 10-летнего сына, приводит хронометраж времени, требующегося на поездку с работы до дома, днем звонит на работу, проверяя, там ли жена. Проверяет после прихода ее белье, находит подозрительные пятна. На ночь запирает двери специальным ключом, который хранит у себя, но, тем не менее уверен, что по ночам жена уходит к «любовнику», подобрав ключ. Считает, что она постоянно подает «знаки любовнику».

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной 35 лет поступил с жалобами на невозможность продолжать работу в качестве врача. Его постоянно мучают сомнения, правильно ли он выписывает рецепты больным, многократно проверяет дозировки, десятки раз сверяется с рецептурным справочником, но мысль, что он может ошибиться, не покидает его. Понимает нелепость своих сомнений, перепроверок, но не может от них избавиться.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больная 52 лет, поступила в психиатрическую больницу с резко сниженным настроением, плаксива, капризна, неопрятна в постели мочой, но уверяет врача, что не мочится около 2 лет, экскременты проваливаются в брюшную полость, минуя кишечник, просит ее убить или дать возможность покончить с собой, так как она и так «полутруп».

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больная 40 лет, бухгалтер. По характеру мнительная, впечатлительная, капризная. После остро перенесенного заболевания долгое время кашляла, и терапевт предложил обследовать легкие. Долгое время стояла в очереди в рентгеновский кабинет, волновалась, опасалась услышать «худшее». В кабинете подслушала разговор врача с техником «об округлой тени», расплакалась, просила «сказать правду, рак у меня или туберкулез». Вновь обратилась к терапевту, затем к другому, третьему. Настаивала на тщательном обследовании. Показывала анализы крови и мочи разным специалистам. Сравнивала их высказывания, пыталась уличить во лжи. После того как прошел кашель, пришла к выводу, что у нее рак. Образно представляла, как растет опухоль, распространяется «с легких на живот». Искала все нового подтверждения своей мнимой болезни, требовала соответствующего лечения, не верила в заключения специалистов, вновь и вновь сдавала анализы, сравнивала их, искала подтверждение или «опровержение» в медицинской литературе, в различных источниках

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс

Больной 51 года. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Настроение резко снижено, выражение лица глубоко печально. Жалуется на не

проходящую тоску, отсутствие чувства сна, нежелание разговаривать, что-то делать. С трудом утром поднимается. В вечерние часы настроение несколько лучше, но тоска не проходит. В прошлом в таких состояниях дважды пытался покончить собой.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.