



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 - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

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 психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО
Д.С. Петров	Д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

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

## 1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

### Примеры заданий в тестовой форме

1. Осмотр психиатра перед призывом в армию:  
строго обязателен  
не является обязательной процедурой  
только по требованию призывника  
только по требованию родственников призывника  
2
2. Для обсессивно-фобического расстройства характерны:  
параличи  
фобии  
пароксизмы  
бред  
2
3. Парейдолии являются разновидностью:  
патологии ощущений  
сложных галлюцинаций  
сложных иллюзий  
патологии памяти  
3
4. Признаком физической зависимости от алкоголя является:  
абстинентный синдром  
эйфория  
деградация личности  
исчезновение рвотного рефлекса  
1
5. Нарушения памяти типичны при:  
вялотекущей шизофрении  
органическом поражении ЦНС  
маниакальном эпизоде  
специфических расстройствах личности  
2

### Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

### **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 студенту, 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 студенту, 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 студенту, 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 студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

#### **Примеры ситуационных задач:**

### ЗАДАЧА 1

Больная С., 60 лет, пенсионерка. 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, 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.

Какой это синдром?

1. Паранойяльный?
2. Синдром Кандинского-Клерамбо?
3. Вербальный галлюциноз?

Ответ: На первый план в картине заболевания у больной С. выступают стойкие слуховые (вербальные) истинные галлюцинации. Характерна однотипность этих галлюцинаций на протяжении многих лет, неприятное, угрожающее содержание галлюцинаторной речи. Первично здесь нарушение восприятия, чувственной сферы. Бредовые идеи преследования выступают как бы “вторично” и вытекают из содержания галлюцинаций. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

<p style="text-align: center;"><b>ЗАДАЧА 2</b></p> <p>Больная М., 22 лет, инвалид 2 группы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удастся выяснить, что больная непрерывно 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 поэтому 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.</p> <p>Какой это синдром?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Синдром психического автоматизма?</li> <li>2. Вербальный галлюциноз?</li> </ol>	<p>Ответ:</p> <p>В психопатологии синдрома Кандинского-Клерамбо у описанной больной М. преобладают явления сенестопатического автоматизма. Некие люди, по мнению больной, изменяют ее телесные ощущения: действуют на половые органы, делают неприятные запахи, меняют вкус пищи. Но имеются также и симптомы идеаторного (ассоциативного) автоматизма, такие как симптом отнятия мыслей, ощущение непроизвольного изменения своего настроения, насильственный обмен мыслями с воображаемой группой людей. Все это сочетается с псевдогаллюцинациями, бредом физического и гипнотического воздействия.</p>
--	--

**Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента 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 в 12 семестре - зачет**

**Порядок проведения промежуточной аттестации**

**Процедура проведения и оценивания зачета**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 3 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

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

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости  
Примеры заданий в тестовой форме**

**ОК-4 –**

способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения

**ПК-5 –**

готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

Комплексное освоение компетенций:

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

Контрольные вопросы:

- 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) Психотические расстройства инволюционного возраста (инволюционный параноид, инволюционная меланхолия).
- 9) Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
- 10) Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.

- 11) Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный паранойд, алкогольный бред ревности).
- 12) Амнестический синдром вследствие употребления алкоголя (Корсаковский психоз).
- 13) Классификация и клиническая картина психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (наркомании и токсикомании).
- 14) Психотические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Правовой аспект. Профилактика, лечение. Психотерапия.
- 15) Этиопатогенез шизофрении.
- 16) Шизофрения: продуктивные и негативные симптомы, диагностика.

**2) 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:

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. Психотические расстройства инволюционного возраста (инволюционный паранойд, инволюционная меланхолия).
9. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
10. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
11. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный паранойд, алкогольный бред ревности).
12. Амнестический синдром вследствие употребления алкоголя (Корсаковский психоз).
13. Классификация и клиническая картина психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (наркомании и токсикомании).
14. Психотические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Правовой аспект. Профилактика, лечение. Психотерапия.
15. Этиопатогенез шизофрении.
16. Шизофрения: продуктивные и негативные симптомы, диагностика.

**3) 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

## ЗАДАЧА 1.



Больной З., 68 лет, колхозник. 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 события 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.

Как Вы назовете такой синдром?

1. Тотальное слабоумие.
2. Корсаковский амнестический синдром.

### **ЗАДАЧА 2.**

Больной З., 68 лет, колхозник. 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 события 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.

Как Вы назовете такой синдром?

1. Тотальное слабоумие.
2. Корсаковский амнестический синдром.

### **ЗАДАЧА 3.**

Больной А., 54 лет, рабочий. Жалуется на частые головные боли давящего характера, слабость, быструю утомляемость, раздражительность. В каждом слове жены видит обидный для себя намек, проявление неуважительного к себе отношения, шумная возня детей вызывает реакцию крайнего раздражения. Однажды устроил скандал в трамвае из-за того, что его несколько раз подряд попросили передать деньги на билет, грубо ругался, замахивался на пассажиров. Был доставлен в отделение милиции, где плакал навзрыд, просил прощения. На приеме в диспансере настроение у больного подавленное, волнуется, на глазах слезы, лицо покрывается красными пятнами. Отлично понимает болезненный характер своей неуравновешенности, жалеет жену и детей, просит помочь

ему, назначить какое-нибудь успокаивающее средство. При специальных расспросах удалось выяснить, что при ходьбе больной нередко ощущает “покачивание” пола под ногами, при этом возникает впечатление, что сам он становится необычно легким, ноги как ватные. Лежа в постели, несколько раз чувствовал, будто бы он вместе с кроватью качается “как на волнах”, поднимается вверх или же потолок опускается на него. Несколько раз возникало ложное ощущение, что ноги у него становятся очень длинными. Рассматривал их, щупал - все было в порядке, но ощущение удлинения конечности не исчезло. Однажды у себя тревожный сон с кошмарными сновидениями. Несколько раз в полутемной комнате вечером видел себя перед глазами пляшущих человечков - наподобие представления в кукольном театре. Страха при этом не испытывал, было даже интересно - все это воспринимал словно бы “игру воображения”. В темной комнате иногда кажется, что мимо него бесшумно проходит человеческая тень.

Что это такое?

1. Астенический синдром.
2. Ипохондрический синдром.
3. Психоорганический (энцефалопатический) синдром.

#### **ЗАДАЧА 4.**

Больная Ю., 15 лет, ученица 9 класса. Переведена в психиатрическую клинику из терапевтической больницы, где она находилась на лечении по поводу тяжелой фолликулярной ангины. В течение 3 дней почти не спала, жаловалась на сильную слабость, головную боль. Настроение было изменчивым - то беспричинно тревожным, то необычно приподнятым. Последняя ночь в терапевтическом стационаре прошла беспокойно. Девочка не спала, испытывала страх, казалось, будто бы от электрической лампочки исходят разноцветные спирали, “вкручивающиеся ей в голову”. Но в темноте страх еще более усиливался. Казалось, что за дверью раздаются неясные угрожающие голоса, дверь выламывают, за ней видится мелькание фонарей, толпа народа. В ужасе девочка вскочила с кровати, пыталась открыть окно и выпрыгнуть на улицу. К утру под влиянием введенных нейролептических и снотворных средств больная уснула. После она чувствовала себя разбитой, большая часть пережитого в течение ночи сохранилась в памяти девочки.

#### **ЗАДАЧА 5.**

Больной В., 37 лет, слесарь. 3 дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната заполнена 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 чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от “преследования”. Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении 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, смеется.

Что это такое?

1. Гебефрено-актатоническое возбуждение.
2. Онейроидный синдром.
3. Делирий.

ПК-6 - способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной

статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.  
ПК-8 - способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

Комплексное освоение компетенций:

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»** (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Контрольные вопросы:

- 1) Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
- 2) Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
- 3) Внимание и его нарушения.
- 4) Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
- 5) Синдромы помрачения сознания.
- 6) Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
- 7) Ипохондрический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
- 8) Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
- 9) Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
- 10) Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
- 11) Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
- 12) Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
- 13) Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность.
- 14) Синдром прогрессирующей амнезии.
- 15) Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
- 16) Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
- 17) Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
- 18) Аутоагрессивное поведение. Виды. Суицидальное поведение.
- 19) Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
- 20) Позитивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое значение.

**2) 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:

1. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
2. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
3. Внимание и его нарушения.
4. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
5. Синдромы помрачения сознания.
6. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
7. Ипохондрический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
8. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
9. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
10. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.

11. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
12. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
13. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность.
14. Синдром прогрессирующей амнезии.
15. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
16. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
17. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
18. Аутоагрессивное поведение. Виды. Суицидальное поведение.
19. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
20. Позитивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое значение.

**3) 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

### **ЗАДАЧА 1.**

Больной З., 68 лет, колхозник. 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 события 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.

Как Вы назовете такой синдром?

1. Тотальное слабоумие.
2. Корсаковский амнестический синдром.

### **ЗАДАЧА 2.**

Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В отделении психиатрической больницы держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, ложится в кровать, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: "А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!" Себя называет "Вильгельмом- завоевателем по фамилии Перепрыжкин". 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 детей.

При беседе с врачом девочка 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 обеспокоена перерывом в учебе: “Ничего нет особенного. Перейду учиться в другую школу”. При свидании с подругами не проявляет никакой радости.

Как Вы назовете этот психопатологический синдром?

1. Гебефренический синдром.
2. Апатический синдром.
3. Кататоническое возбуждение.

### ЗАДАЧА 3.

Больной В., 18 лет, инвалид первой группы. В течение многих месяцев состояние остается неизменным. Ни с кем не общается, часами лежит в постели, сохраняя одну и ту же позу, голова приподнята над подушкой. Иногда встает и подолгу стоит около кровати, однообразно переступая с ноги на ногу. Временами внезапно вскакивает, подбегает к двери, целует косяк и вновь ложится в постель. На лице застыла бессмысленная улыбка, губы вытянуты (симптом хоботка), кожные покровы лица сальные, изо рта вытекает слюна. Кисти рук и стопы цианотичны, акрогипергидроз.

Вступить в контакт с больным не удастся. На вопросы не отвечает, смотрит в сторону, чему-то усмехается. При попытке осмотреть больного, открыть ему рот оказывает сопротивление. Тонус мышц конечностей повышен. Накормить больного очень трудно. При кормлении он отворачивается, сжимает зубы. Но иногда, предоставленный самому себе, берет в руки ложку и начинает медленно есть. Неопрятен, мочится и испражняется в постель. Уход за больным труден.

Назовите синдром:

1. Депрессивный синдром.
2. Кататонический синдром.
3. Апатический синдром.

### ЗАДАЧА 4.

Больной С., 37 лет, научный работник. Пришел на амбулаторный прием к врачу-психиатру. Свой разговор с врачом начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски, собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. “Хотелось бы уехать, куда глаза глядят, все бросить”. Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а ускользают, “разбегаются по всем направлениям”. Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым.

Рассказывая об этом, больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком-“видно я уже ни на что больше не гожусь!”. Однако за этими высказываниями чувствуется невольное и, неосознанное желание услышать от врача противоположное мнение. Во всяком случае, уверения врача в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением. Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги за свое здоровье. При физиокальном, неврологическом обследовании он с пристальным вниманием

следит за всеми действиями врача, пытаясь уловить в его тоне или выражении лица намек на наличие каких-либо симптомов заболевания.

После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным.

Как вы оцените описанную картину?

1. Астено-депрессивный синдром.
2. Ипохондрический синдром.

### ЗАДАЧА 5.

Больная Д., 52 года, пенсионерка. 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 ранение осколками. Временное успокоение наступило после внутреннего введения тизерцина.

Какой это вариант депрессии?

1. Тревожно-депрессивное состояние.
2. Ажитированная депрессия.

### ЗАДАЧА 6

Больная А., 24 лет, бухгалтер. Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно таращит глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у больной получить не удастся. Вот образец разговора с ней.

Врач: Как вас зовут?

Больная: Оля.

Врач: Сколько вам лет?

Больная: (после минутной задержки) семь.... восемь...

Врач: Где вы сейчас находитесь?

Больная: Не знаю... Наверное, в больнице.

Врач: Как вы думаете, что это за люди? Что они здесь делают? (указывает на других врачей, медсестер).

Больная: Не знаю... Тетеньки... Дяденьки.

Врач: Вы ведь работаете бухгалтером. Значит, Вы должны хорошо считать. Отнимите, пожалуйста, от 100 восемь. Сколько получится?

Больная: Не знаю... ( после настойчивой просьбы врача начинает считать. При этом загибает пальцы и шевелит губами) . Три...

В присутствии врача особенно отчетливо выступают такие черты в поведении больной, как подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшими медицинским персоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, она молчит, смотрит с выражением обиды и недоброжелательности, спросила у него о здоровье детей.

Как Вы оцените описанную картину заболевания?

1. Псевдодеменция.

## 2. Деменция.

### ЗАДАЧА 7

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.

Как Вы оцените описанные психопатологические проявления?

1. Депрессивный синдром.
2. Астенический синдром.