



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.

| | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| Рабочая программа дисциплины | «Психиатрия» |
| Уровень высшего образования | подготовка кадров высшей квалификации |
| Направление подготовки | 31.06.01 Клиническая медицина |
| Направленность | 14.01.06 Психиатрия |
| Форма обучения | очная |

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик(и): кафедра психиатрии

| ИОФ | Ученая степень, ученое звание | Место работы (организация) | Должность |
|--------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Д.И. Шустов | доктор медицинских наук, профессор | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | заведующий кафедрой психиатрии |
| А.В. Меринов | доктор медицинских наук, доцент | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | профессор кафедры психиатрии |

Рецензент(ы):

| ИОФ | Ученая степень, ученое звание | Место работы (организация) | Должность |
|--------------|--|---|---|
| Д.С. Петров | доктор медицинских наук, доцент | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО |
| Б.Ю. Володин | доктор медицинских наук, профессор | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | профессор кафедры психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО |

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

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

Нормативная справка.

Рабочая программа дисциплины «Психиатрия» разработана в соответствии с:

| | |
|--|---|
| ФГОС ВО | по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации N 1200 от 03.09.2023 г. |
| Порядок организации и осуществления образовательной деятельности | Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 года N 1259 (с изменениями на 17 августа 2020 года, приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 17 августа 2020 года N 1037) |

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

| Формируемые компетенции | Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен: |
|--|---|
| <p>ПК-1: способность проводить обследование, диагностику и дифференциальную диагностику психических расстройств с использованием клинико-анамнестического и экспериментально-психологического методов;</p> | <p>Знать: Знает проявления психических расстройств основных психопатологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10); Знает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 (№ 323-ФЗ)</p> <p>Уметь: Понимает и объясняет основные понятия, используемые в МКБ-10 и Федеральном законе (№ 323-ФЗ): медицинская помощь, профилактика, диагностика, лечение, состояние, заболевание, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания или состояния, психическое расстройство.</p> <p>Владеть: При моделировании поведения врача решает профессиональные врачебные задачи на основе законов Российской Федерации, международных и национальных стандартов; правильно применять терминологию, международные системы единиц и действующие международные классификации</p> |
| <p>ПК-2: способность выбирать тактику лечения пациента с психическим расстройством на основании современных рекомендаций доказательной медицины;</p> | <p>Знать: Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p>Уметь: Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами</p> <p>Владеть: Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента</p> |
| <p>ПК-3: способность планировать и проводить научные</p> | <p>Знать: принципы и особенности построения дизайна научных исследований в области психиатрии</p> <p>Уметь: составлять план такого рода исследований</p> |

| | |
|--|--|
| исследования в области психиатрии, а также участвовать в междисциплинарных работах; | Владеть: навыками планирования и реализации научных исследований в области психиатрии, а также участвовать в междисциплинарных работах; |
| ПК-4: способность проводить клинические занятия и лекции при обучении студентов по программам высшего профессионального образования. | Знать: как строятся клинические занятия и лекции со студентами Уметь: подготовить план практического занятия, клинического разбора, лекции Владеть: навыками преподавания |
| ПК-5: способность планировать и осуществлять мероприятия по профилактике психических расстройств. | Знать: как, кем и в каких объемах осуществляются мероприятия по профилактике Уметь: планировать и проводить профилактические мероприятия Владеть: навыками составления и анализа результатов профилактических мероприятий |

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Психиатрия» относится к Базовой части Блока Б1 ОПОП аспирантуры по специальности/направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, направленности – Психиатрия.

Необходимыми условиями для освоения дисциплины являются («История и философия науки» и «Методика и методология научных исследований»):

Знания: методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюция; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства; основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций; становление и развитие медицинской науки; представления о медицинских системах и медицинских школах; теоретические основы информатики, сбор, хранение, поиск, переработка, преобразование, распространение информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении; общие закономерности происхождения и развития жизни, антропогенез и онтогенез человека; законы генетики, её значение для медицины, закономерности наследственности и изменчивости в индивидуальном развитии как основы понимания патогенеза и этиологии наследственных и мультифакториальных заболеваний человека; анатомо-физиологические, возрастно-половые и

индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма; гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования; строение, топография и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; классификация, морфология и физиология микроорганизмов и вирусов, их влияние на здоровье человека, методы микробиологической диагностики, применение основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов; структура и функции иммунной системы человека, ее возрастные особенности, клеточно-молекулярные механизмы развития и функционирования иммунной системы; методы оценки иммунного статуса, методы диагностики основных заболеваний иммунной системы человека, виды и показания к применению иммуноотропной терапии; функциональные системы организма человека, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и патологии

Умения: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; использовать не менее 900 терминологических единиц и терминологических элементов; производить расчеты по результатам эксперимента, проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных; диагностировать возбудителей паразитарных заболеваний человека на препарате, слайде, фотографии; пользоваться биологическим оборудованием; работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); решать генетические задачи; пользоваться химическим оборудованием; классифицировать химические соединения, основываясь на их структурных формулах; прогнозировать направление и результат физико-химических процессов и химических превращений биологически важных веществ; пальпировать на человеке основные костные ориентиры, обрисовать топографические контуры органов и основных сосудистых и нервных стволов; отличать в сыворотке крови нормальные значения уровней метаболитов (глюкозы, мочевины, билирубина, мочевой кислоты, молочной и пировиноградной кислот и др.) от патологически измененных, читать протеинограмму и объяснить причины различий; работать с увеличительной техникой (микроскопами, оптическими и простыми лупами); давать гистофизиологическую оценку состояния различных клеточных, тканевых и органных структур; объяснить характер отклонений в ходе развития, которые могут привести к формированию вариантов аномалий и пороков; описать морфологические изменения изучаемых микроскопических препаратов и электронограмм; охарактеризовать и оценить уровни организации иммунной системы человека, оценить медиаторную роль цитокинов; интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики, определять и оценивать результаты электрокардиографии; спирографии; термометрии; гематологических показателей.

Владение: изложение самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов; владение принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; иностранным языком в объеме, необходимом для возможности коммуникации и получения информации из зарубежных источников; чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск те сети Интернет; методами изучения наследственности у человека (цитогенетический метод, генеалогический метод, близнецовый метод); медико-анатомическим понятийным аппаратом; методами постановки предварительного диагноза на основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей человека; микроскопирования и анализа гистологических препаратов и электронных микрофотографий; владения простейшими медицинскими инструментами (фонендоскоп, шпатель, неврологический молоточек, скальпель, пинцет, зонд, зажим, расширитель и т.п.);

Дисциплина Психиатрия является основой для изучения дальнейших дисциплин: Неотложные состояния в клинике внутренних болезней, Поликлиническая терапия.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. / час – 3 / 108

| Вид учебной работы | Всего часов | Семестр |
|--|-------------|------------|
| | | 3 |
| Контактная работа | 27 | 27 |
| В том числе: | - | - |
| Лекции | 18 | 18 |
| Лабораторные работы (ЛР) | | |
| Практические занятия (ПЗ) | 9 | 9 |
| Семинары (С) | | |
| Самостоятельная работа (всего) | 81 | 81 |
| В том числе: | - | - |
| Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 27 | 27 |
| Самостоятельное изучение тем | 27 | 27 |
| История болезни | 27 | 27 |
| Вид промежуточной аттестации (зачет) | 0 | 0 |
| Общая трудоемкость | час. | 108 |
| | з.е. | 3 |
| | 108 | 108 |
| | 3 | 3 |

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

| № раздела | № лекции | Темы лекций | Кол-во часов |
|-----------|----------|---|--------------|
| Семестр 3 | | | |
| 1.1 | 1 | Патология перцептивной сферы. | 2 |
| 1.2 | 2 | Патология мышления. Умственная отсталость (F7). | 2 |
| 1.3 | 3 | Патология эмоций и воли. | 2 |
| 1.4 | 4 | Патология памяти и сознания. | 2 |
| 2.1 | 5 | (F0) Органические и симптоматические психические расстройства. | 2 |
| 2.2 | 6 | (F1) Общие вопросы аддиктологии. Алкогольная зависимость. (F1) Наркомании, токсикомании и нехимические аддикции. Аутоагрессивное поведение. | 2 |
| 2.3 | 7 | (F2) Расстройства шизофренического спектра. (F3) Аффективные расстройства. | 2 |
| 2.4 | 8 | (F4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. (F6) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. | 2 |
| 2.5 | 9 | Лечение психических расстройств: психофармакотерапия, психотерапия, биологическое лечение. | 2 |

Лабораторные работы
не предусмотрены учебным планом

Клинические практические занятия

| № раздела | № семинара, ПР | Темы семинаров, практических занятий | Кол-во часов | Формы текущего контроля |
|-----------|----------------|---|--------------|-------------------------|
| Семестр 3 | | | | |
| 1.1 | 1 | История и организация психиатрической помощи. | 3 | С |
| 1.2 | 2 | Общая психопатология | 3 | ИБ |
| 1.3 | 3 | Частная психиатрия | 3 | Т |

Сокращения: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

5.1 Самостоятельная работа обучающихся

| № п/п | № семестра | Наименование раздела/темы учебной дисциплины | Виды СРС | Всего часов | Вид контроля |
|-------|------------|--|----------|-------------|--------------|
|-------|------------|--|----------|-------------|--------------|

| | | | | | |
|------------------------|---|---|--|----|----|
| 1. | 3 | Патология перцептивной сферы. | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | С |
| 2. | 3 | Патология мышления. Умственная отсталость (F7). | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | С |
| 3 | 3 | Патология эмоций и воли. | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | С |
| 4 | 3 | Патология памяти и сознания. | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | С |
| 5 | 3 | (F0) Органические и симптоматические психические расстройства. | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | КР |
| 6 | 3 | (F1) Общие вопросы аддиктологии. Алкогольная зависимость. (F1) Наркомании, токсикомании и нехимические аддикции. Аутоагрессивное поведение. | Проработка материала лекций, подготовка к занятиям | 9 | С |
| 7 | 3 | (F2) Расстройства шизофренического спектра. (F3) Аффективные расстройства. | Самостоятельное изучение тем | 9 | С |
| 8 | 3 | (F4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. (F6) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. | История болезни | 9 | ИБ |
| 9 | 3 | Лечение психических расстройств: психофармакотерапия, психотерапия, биологическое лечение. | Самостоятельное изучение тем | 9 | С |
| ИТОГО часов в семестре | | | | 81 | |

Сокращения: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.

5.2 Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Все материалы доступны к скачиванию на сайте rzgmu.ru

| № п/п | Название | Авторы | Вид | Уровень издания | Год и место издания | Кол-во страниц |
|-------|--|--|-----------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| 1 | Деменция: клиника, диагностика, лечение | Петров Д.С., Шустов Д.И., Петров С.С. | Учебное пособие | УМС | 2014, РИО РязГМУ | 140 |
| 2 | Курс лекция по психиатрии и наркологии (на франц. языке) | Шустов Д.И. Меринов А.В., Петров Д.С., Шитов Е.А., Федотов И.А. | Учебное пособие | УМС | 2014, РИО РязГМУ | 120 |
| 3. | Расстройства связанные со стрессом (реактивные психозы и посттравматическое стрессовое расстройство) | Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 31 |
| 4 | Медицинская психология в стоматологии | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, Н.Н. Васяткина | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 32 |
| 5 | Невротические и соматоформные расстройства | Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, А.В. Меринов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 35 |
| 6 | Организация психиатрической помощи в Российской Федерации | Д.С. Петров, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Е.А. Шитов, Н.Н. Васяткина | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 28 |

| | | | | | | |
|----|--|--|-----------------------------|-----|------------------|----|
| 7 | Патология сознания | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, Е.А. Шитов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 22 |
| 8 | Правовые аспекты психиатрии | И.Г. Головач, Н.Н. Васяткина, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, И.А. Федотов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 28 |
| 9 | Методы современной психотерапии | Д.И. Шустов, С.А. Новиков, Д.С. Петров, А.В. Меринов, И.А. Федотов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 41 |
| 10 | Расстройства личности зрелого возраста | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, Е.А. Шитов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 31 |
| 11 | Ургентные состояния в психиатрии | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 21 |
| 12 | Шизофрения | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 23 |

6. Фонд оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации

6.1 Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

| № п/п | Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам) | Код контролируемой (компетенции или её части) | Наименование оценочного средства |
|-------|--|---|----------------------------------|
| 1. | Патология перцептивной сферы. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |
| 2. | Патология мышления. Умственная отсталость (F7). | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |
| 3 | Патология эмоций и воли. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |
| 4 | Патология памяти и сознания. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |
| 5 | (F0) Органические и симптоматические психические расстройства. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | КР |
| 6 | (F1) Общие вопросы аддиктологии. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, | С |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|----|
| | Алкогольная зависимость. (F1) Наркомании, токсикомании и нехимические аддикции. Аутоагрессивное поведение. | ПК-4, ПК-5 | |
| 7 | (F2) Расстройства шизофренического спектра. (F3) Аффективные расстройства. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |
| 8 | (F4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. (F6) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | ИБ |
| 9 | Лечение психических расстройств: психофармакотерапия, психотерапия, биологическое лечение. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 | С |

6.2 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания:

| Показатели оценивания | Критерии оценивания | | |
|--|---|---|---|
| | Достаточный уровень (удовлетворительно) | Средний уровень (хорошо) | Высокий уровень (отлично) |
| ПК-1: способность проводить обследование, диагностику и дифференциальную диагностику психических расстройств с использованием клинико-анамнестического и экспериментального-психологического методов; | | | |
| Знать: | Воспроизводит основные понятия общей психопатологии, допуская грубые ошибки; знает стадии развития психической болезни, варианты течения и исходов, испытывает трудности при изложении принципов классификации психических расстройств; знает базовую структуру и принципы Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10) | Воспроизводит основные понятия общей психопатологии, допуская грубые ошибки; знает стадии развития психической болезни, варианты течения и исходов, испытывает трудности при изложении принципов классификации психических расстройств; знает базовую структуру и принципы Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10) | Воспроизводит основные понятия общей психопатологии, допуская грубые ошибки; знает стадии развития психической болезни, варианты течения и исходов, испытывает трудности при изложении принципов классификации психических расстройств; знает базовую структуру и принципы Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10) |
| Уметь: | Решает только самые | Решает только самые | Решает только самые |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | простые типовые задачи; испытывает трудности при распознавании ошибок в профессиональной деятельности | простые типовые задачи; испытывает трудности при распознавании ошибок в профессиональной деятельности | простые типовые задачи; испытывает трудности при распознавании ошибок в профессиональной деятельности |
| Владеть (иметь навыки и/или опыт): | Имеет опыт практического применения понятий общей психопатологии и принципов классификаций психических расстройств | Имеет опыт практического применения понятий общей психопатологии и принципов классификаций психических расстройств | Имеет опыт практического применения понятий общей психопатологии и принципов классификаций психических расстройств |
| ПК-2: способность выбирать тактику лечения пациента с психическим расстройством на основании современных рекомендаций доказательной медицины; | | | |
| Знать: | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы выявления, лечения и профилактики психических заболеваний | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы выявления, лечения и профилактики психических заболеваний | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы выявления, лечения и профилактики психических заболеваний |
| Уметь: | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) |
| Владеть (иметь навыки и/или опыт): | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний |
| ПК-3: способность планировать и проводить научные исследования в области психиатрии, а также участвовать в междисциплинарных работах; | | | |
| Знать: | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает | Излагает основной материал с неточностями и | Излагает основной материал с неточностями и |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | принципы и методы проведения исследований | ошибками, знает принципы и методы проведения исследований психических заболеваний | ошибками, знает принципы и методы проведения исследований психических заболеваний |
| Уметь: | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах проведения исследований | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах проведения исследований | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах проведения исследований |
| Владеть (иметь навыки и/или опыт): | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний |
| ПК-4: способность проводить клинические занятия и лекции при обучении студентов по программам высшего профессионального образования. | | | |
| Знать: | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы проведения занятий | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы проведения занятий | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы проведения занятий |
| Уметь: | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о проведения занятий | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения проведения занятий | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения проведения занятий) |
| Владеть (иметь навыки и/или опыт): | Обосновывает патогенетические методы (принципы) проведения занятий | Обосновывает патогенетические методы (принципы) проведения занятий | Обосновывает патогенетические методы (принципы) проведения занятий |
| ПК-5: способность планировать и осуществлять мероприятия по профилактике психических расстройств. | | | |
| Знать: | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает принципы и методы | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает | Излагает основной материал с неточностями и ошибками, знает |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| | выявления, лечения и профилактики психических заболеваний | принципы и методы выявления, лечения и профилактики психических заболеваний | принципы и методы выявления, лечения и профилактики психических заболеваний |
| Уметь: | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) | Проводит анализ конкретных, наиболее типичных задач, испытывает затруднения при формулировании заключения о наиболее вероятных причинах и механизмах развития психопатологических процессов (болезней) |
| Владеть (иметь навыки и/или опыт): | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний | Обосновывает патогенетические методы (принципы) диагностики, лечения, реабилитации и профилактики психических заболеваний |

6.3. 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:

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| 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 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:

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 1</p> <p>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?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Паранойяльный? 2. Синдром Кандинского-Клерамбо? 3. Вербальный галлюциноз? | <p>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> |
|--|---|

ЗАДАЧА 2

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.

Какой это синдром?

1. Синдром психического автоматизма?
2. Вербальный галлюциноз?

Ответ:

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 произвольного изменения своего настроения, насильственный обмен мыслями с воображаемой группой людей. Все это сочетается с псевдогаллюцинациями, бредом физического и гипнотического воздействия.

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 не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно 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

6.4. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

6.4.1 Форма промежуточной аттестации в 9 семестре - экзамен

6.4.2 Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту 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 (I).

Экзаменационный билет содержит четыре вопроса (теоретические и практические), а также клинический кейс-задачу (II).

Критерии выставления оценок (III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент 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 студент, 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 студент, 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 студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

6.4.3 Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации

Представлен в приложении №1

7. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

7.1.Основная учебная литература:

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и медицинская психология [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 895 с.
2. Психиатрия [Электронный ресурс] : учебник / Незнанов Н.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438282.html>

7.2.Дополнительная учебная литература:

1. Цыганков Б.Д. Психиатрия [Электронный ресурс] / Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421987.html>
2. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс] : учебник / Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г, Чирко В.В., Кинкулькина М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Moscow : ГЭОТАР-Медиа, 2012. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411674.html>

8.Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work. Доступ предоставлен по ссылке <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.
3. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
5. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
6. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

9.Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (перечень программного обеспечения и информационно-справочных систем)

9.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

9.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен

зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work. Доступ предоставлен по ссылке <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.

3. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.

4. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

5. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Представлены в приложении №2

12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

Представлена в приложении № 3

13. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в приложении № 4

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

***ПК-1: способность проводить обследование, диагностику и
дифференциальную диагностику психических расстройств с
использованием клинико-анамнестического и экспериментального-
психологического методов;***

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

Общая психопатология

24. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
25. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х.Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
26. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.
27. Мышление в норме, его нарушения по форме.
28. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
29. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
30. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
31. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
32. Память и её нарушения.
33. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
34. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
35. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
36. Внимание и его нарушения.
37. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
38. Синдромы помрачения сознания.
39. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
40. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
41. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
42. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
43. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
44. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.

45. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
46. Синдром прогрессирующей амнезии.
47. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
48. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
49. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
50. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
51. 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:

Частная психиатрия

52. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.
53. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.
54. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.
55. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.
56. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.
57. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.
58. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
59. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
60. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
61. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).
62. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.

63. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.
64. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.
65. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
66. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов. Лечение.
67. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
68. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
69. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
70. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
71. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
72. Шизофрения: типы течения, прогноз, исходные состояния. Фебрильная шизофрения.
73. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы).
74. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства.
75. Аффективные расстройства: шизоаффективное расстройство, послеродовая депрессия.
76. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение.
77. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
78. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, лечение.
79. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
80. Специфические расстройства личности. Классификация, клиника, подходы к лечению.
81. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.

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

Клинический кейс - задача №1

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 психо-социальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №2

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 - задача №3

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 - задача №4

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 услышал, 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 - задача №5

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 - задача №6

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 - задача №7

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 - задача №8

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 - задача №9

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 - задача №10

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.

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

ПК-2: способность выбирать тактику лечения пациента с психическим расстройством на основании современных рекомендаций доказательной медицины;

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

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.

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:

Лечение психических расстройств

82. Общие принципы лечения психических расстройств.
83. Принципы, этапы и методы лечения алкогольной зависимости.
84. Психотропные средства. Их классификация.
85. Антипсихотические препараты. Корректоры нейролептических осложнений.
86. Антидепрессанты и анксиолитики.
87. Препараты для лечения деменции.
88. Нормотимики.
89. Биологические методы лечения: светолечение, транскраниальная магнитная стимуляция, психохирургия, электро-судорожная терапия.
90. Помощь при неотложных состояниях в психиатрии. Эпилептический статус и неотложные мероприятия при нем.
91. Помощь депрессивным больным. Фармакотерапия и психотерапия (КБТ и другие методы). Особенности ухода и надзора.
92. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
93. Лечение суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения.
94. Психотерапия в психиатрической клинике. Общие показания и противопоказания. Общие действующие факторы психотерапии.
95. Гипносуггестивная психотерапия. Виды. Показания и противопоказания.
96. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания к применению.

97. Психодинамическая психотерапия (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г. Юнг). Показания к применению.
98. Трансакционный анализ Э. Берна и его применение при лечении психических и аддиктивных расстройств.
99. Экзистенциально-гуманистические направления в психотерапии (экзистенциальный анализ В.Франкла, клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса).
100. Реабилитация, реадaptация и ресoциализация психически больных.

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):

- 3) *Защита истории болезни.*
- 4) *Решение клинических задач*

Клинический кейс - задача №11

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 - задача №12

Больная К., 23 лет. Находится в психиатрической больнице третий раз. Состояния однотипные. Лежит в постели на спине, голова слегка приподнята над подушкой, в таком положении проводит много часов. Бывает не опрятна, сама не ест. На вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное. При попытке взять ее за руку крепко прижимает руку к постели, тонус мышц повышен. В другое время обнаруживает пассивную подчиняемость: застывает в любой преданной позе.

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 - задача №13

Больной 55 лет. В анамнезе хронический алкоголизм, многократно лечился в психиатрических больницах. Не работает, живет на деньги, вырученные от продажи подобранных бутылок. Имеется грубое снижение памяти и интеллекта. В отделении весел, дурашлив, плоско шутит, сам громко смеется над своими шутками. Ничем не занят, бродит или сидит на одном месте со стереотипной улыбкой.

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 - задача №14

Больной 75 лет. За последние 10 лет изменился: сначала стал равнодушным к своей профессии, перестал собирать коллекцию картин, которая прежде была для него значимой, перестал посещать музыкальные вечера. За эти годы нарастала скупость, равнодушие к близким, был сосредоточен на состоянии своего здоровья. Ел только по часам, придумывал специальную диету, которая сохраняла бы ему здоровье. Последние 5 лет находится в больнице, имеет место снижение памяти и интеллекта. Едва узнает членов семьи. Прожорлив, ест все подряд до рвоты, гиперсексуален, обнажается в присутствии медицинских сестер. На МРТ – признаки атрофии лобных и височных долей головного мозга.

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 - задача №15

Больной Х., 42 года, инвалид II группы. Болен в течение 15 лет. В отделении держится самоуверенно, испытывает чувство самодовольства, веселости. Называет себя «сверхчеловеком», «человеком из другого мира», «космонавтом с Марса». Слышит «голоса инопланетян», переговаривается с ними, отдает приказания другим больным. Считает, что с помощью особых аппаратов «инопланетяне изучают землю, человека, знакомятся с достижениями науки и техники. «С помощью особой техники они смотрят моими глазами, читают, слушают, передают мысли». Заявляет, что марсиане по ночам подключаются, чтобы решать судьбу человечества». В отделении достаточно активен, читает газеты, книги («им это надо»), охотно беседует с больными. Реакция Вассермана отрицательная.

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 - задача №16

Больная Ч., 28 лет. В прошлом находилась в психиатрическом отделении. У самых дверей приемно-диагностического отделения больницы 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 прихвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и беспокойного, безвкусного. Взяв врача под руку, начинает тараторить, голос у нее охрипший. «Я вас сразу узнала. А когда меня выпишут? А вот нянечка пришла, сегодня на работу, а у нее из-под платья комбинация выглядывает, из-под пятницы — суббота. Завтра, суббота? Вы меня выпишете? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте, я Вам его поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лесть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо?» (внезапно). В раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. «Я в Вас влюбилась! Ну и что же здесь такого. Любовь не порок, а большое достоинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю?» и т. д. и т. п.

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 - задача №17

Больной М., 20 лет. Приведен в клинику матерью. Она рассказала, что ее сын после окончания 10 классов учиться дальше не стал, на работу не пошел. В течение года целыми днями занимается изобретением вечного двигателя. Днем и ночью запирается в своей комнате, что-то пишет, чертит. Если уходит из дому, то написанное тщательно прячет. Требуется, чтобы мать давала ему деньги на построение модели вечного двигателя. Наташил в дом массу металлолома; приводит случайных знакомых, которые обещают помочь построить вечный двигатель, отдает им деньги. После очередной неудачи вновь требует денег на новую модель. В клинике врачу рассказал, что построил вечный двигатель. Чертит принципиальные «схемы на основе рычага», приводит элементарные законы физики и математики для обоснования своих схем. Возражений не приемлет, обижается, вновь чертит и доказывает «по-новому».

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 - задача №18

Больная Г., 72 года, пенсионерка. В течение шести месяцев находится в психиатрической больнице. Требуется за собой постоянного ухода и надзора. Не находит палаты, ложится в чужую постель рядом с другой больной. Неряшлива в одежде, может самостоятельно одеться, собирает бумажки, складывает их в карман халата, под матрасы чужих постелей. Жалуется, что крадут ее одежду, еду. Иногда громко кричит; «Караул, грабят, украли пальто. Еды не дают, голодом морят», и тогда злобна, раздражительна, отталкивает больных, медперсонал, кусается. Никого из больных не знает, не может запомнить лечащего врача, несмотря на то, что видит его по несколько раз в день. Не узнает проходящих к ней родственников. В анамнезе несколько инсультов.

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 - задача №19

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение 2 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. Но 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 гостиной, 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 вокруг воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требуется, чтобы позвали «полицию», возбуждается, кричит: «Караул!».

Однажды больному 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 у нас сейчас год?
- Наверное, 1908-й...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я у себя дома

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 - задача №20

Больная 33 лет, второй раз находится в психиатрической больнице с одинаковым состоянием. Настроение резко снижено, выражение лица тоскливое. Кожа сухая, выглядит старше своих лет. На вопросы отвечает односложно, с большой задержкой, говорит, что не хочет жить. В отделении ничем не занята — «не могу». В прошлом были эпизоды «необычного подъема», когда была гиперактивна, могла спать по 2 часа в сутки и не чувствовать усталости.

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.

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

ПК-3: способность планировать и проводить научные исследования в области психиатрии, а также участвовать в междисциплинарных работах;

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

Общая психопатология

24. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
25. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х.Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
26. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.
27. Мышление в норме, его нарушения по форме.
28. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
29. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
30. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
31. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
32. Память и её нарушения.
33. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
34. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
35. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
36. Внимание и его нарушения.
37. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
38. Синдромы помрачения сознания.
39. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
40. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
41. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
42. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
43. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
44. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
45. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
46. Синдром прогрессирующей амнезии.

47. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
48. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
49. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
50. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
51. 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:

Частная психиатрия

52. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.
53. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.
54. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.
55. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.
56. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.
57. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.
58. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
59. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
60. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
61. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).
62. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.
63. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.

64. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.
65. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
66. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов. Лечение.
67. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
68. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
69. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
70. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
71. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
72. Шизофрения: типы течения, прогноз, исходные состояния. Фебрильная шизофрения.
73. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы).
74. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства.
75. Аффективные расстройства: шизоаффективное расстройство, послеродовая депрессия.
76. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение.
77. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
78. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, лечение.
79. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
80. Специфические расстройства личности. Классификация, клиника, подходы к лечению.
81. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.

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):

5) *Защита истории болезни.*

6) *Решение клинических задач*

Клинический кейс - задача №1

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психо-социальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №2

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №3

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №4

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 услышал, 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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №5

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №6

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №7

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №8

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №9

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №10

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

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

ПК-4: способность проводить клинические занятия и лекции при обучении студентов по программам высшего профессионального образования.

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

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.

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:

Лечение психических расстройств

82. Общие принципы лечения психических расстройств.
83. Принципы, этапы и методы лечения алкогольной зависимости.
84. Психотропные средства. Их классификация.
85. Антипсихотические препараты. Корректоры нейролептических осложнений.
86. Антидепрессанты и анксиолитики.
87. Препараты для лечения деменции.
88. Нормотимики.
89. Биологические методы лечения: светолечение, транскраниальная магнитная стимуляция, психохирurgia, электро-судорожная терапия.
90. Помощь при неотложных состояниях в психиатрии. Эпилептический статус и неотложные мероприятия при нем.
91. Помощь депрессивным больным. Фармакотерапия и психотерапия (КБТ и другие методы). Особенности ухода и надзора.
92. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
93. Лечение суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения.
94. Психотерапия в психиатрической клинике. Общие показания и противопоказания. Общие действующие факторы психотерапии.
95. Гипносуггестивная психотерапия. Виды. Показания и противопоказания.
96. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания к применению.

97. Психодинамическая психотерапия (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г. Юнг). Показания к применению.
98. Трансакционный анализ Э. Берна и его применение при лечении психических и аддиктивных расстройств.
99. Экзистенциально-гуманистические направления в психотерапии (экзистенциальный анализ В.Франкла, клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса).
100. Реабилитация, реадaptация и ресoциализация психически больных.

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):

- 7) *Защита истории болезни.*
- 8) *Решение клинических задач*

Клинический кейс - задача №11

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:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №12

Больная К., 23 лет. Находится в психиатрической больнице третий раз. Состояния однотипные. Лежит в постели на спине, голова слегка приподнята над подушкой, в таком положении проводит много часов. Бывает не опрятна, сама не ест. На вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное. При попытке взять ее за руку крепко прижимает руку к постели, тонус мышц повышен. В другое время обнаруживает пассивную подчиняемость: застывает в любой преданной позе.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №13

Больной 55 лет. В анамнезе хронический алкоголизм, многократно лечился в психиатрических больницах. Не работает, живет на деньги, вырученные от продажи подобранных бутылок. Имеется грубое снижение памяти и интеллекта. В отделении весел, дурашлив, плоско шутит, сам громко смеется над своими шутками. Ничем не занят, бродит или сидит на одном месте со стереотипной улыбкой.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №14

Больной 75 лет. За последние 10 лет изменился: сначала стал равнодушным к своей профессии, перестал собирать коллекцию картин, которая прежде была для него значимой, перестал посещать музыкальные вечера. За эти годы нарастала скупость, равнодушие к близким, был сосредоточен на состоянии своего здоровья. Ел только по часам, придумывал специальную диету, которая сохраняла бы ему здоровье. Последние 5 лет находится в больнице, имеет место снижение памяти и интеллекта. Едва узнает членов семьи. Прожорлив, ест все подряд до рвоты, гиперсексуален, обнажается в присутствии медицинских сестер. На МРТ – признаки атрофии лобных и височных долей головного мозга.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №15

Больной Х., 42 года, инвалид II группы. Болен в течение 15 лет. В отделении держится самоуверенно, испытывает чувство самодовольства, веселости. Называет себя «сверхчеловеком», «человеком из другого мира», «космонавтом с Марса». Слышит «голоса инопланетян», переговаривается с ними, отдает приказания другим больным. Считает, что с помощью особых аппаратов «инопланетяне изучают землю, человека, знакомятся с достижениями науки и техники. «С помощью особой техники они смотрят моими глазами, читают, слушают, передают мысли». Заявляет, что марсиане по ночам подключаются, чтобы решать судьбу человечества». В отделении достаточно активен, читает газеты, книги («им это надо»), охотно беседует с больными. Реакция Вассермана отрицательная.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №16

Больная Ч., 28 лет. В прошлом находилась в психиатрическом отделении. У самых дверей приемно-диагностического отделения больницы 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 прихвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и беспокойного, безвкусного. Взяв врача под руку, начинает тараторить, голос у нее охрипший. «Я вас сразу узнала. А когда меня выпишут? А вот нянечка пришла, сегодня на работу, а у нее из-под платья комбинация выглядывает, из-под пятницы — суббота. Завтра, суббота? Вы меня выпишете? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте, я Вам его 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. «Я в Вас влюбилась! Ну и что же здесь такого. Любовь не порок, а большое достоинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю?» и т. д. и т. п.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №17

Больной М., 20 лет. Приведен в клинику матерью. Она рассказала, что ее сын после окончания 10 классов учиться дальше не стал, на работу не пошел. В течение года целыми днями занимается изобретением вечного двигателя. Днем и ночью запирается в своей комнате, что-то пишет, чертит. Если уходит из дому, то написанное тщательно прячет. Требуется, чтобы мать давала ему деньги на построение модели вечного двигателя. Наташил в дом массу металлолома; приводит случайных знакомых, которые обещают помочь построить вечный двигатель, отдает им деньги. После очередной неудачи вновь требует денег на новую модель. В клинике врачу рассказал, что построил вечный двигатель. Чертит принципиальные «схемы на основе рычага», приводит элементарные законы физики и математики для обоснования своих схем. Возражений не приемлет, обижается, вновь чертит и доказывает «по-новому».

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №18

Больная Г., 72 года, пенсионерка. В течение шести месяцев находится в психиатрической больнице. Требуется за собой постоянного ухода и надзора. Не находит палаты, ложится в чужую постель рядом с другой больной. Неряшлива в одежде, может самостоятельно одеться, собирает бумажки, складывает их в карман халата, под матрасы чужих постелей. Жалуется, что крадут ее одежду, еду. Иногда громко кричит; «Караул, грабят, украли пальто. Еды не дают, голодом морят», и тогда злобна, раздражительна, отталкивает больных, медперсонал, кусается. Никого из больных не знает, не может запомнить лечащего врача, несмотря на то, что видит его по несколько раз в день. Не узнает проходящих к ней родственников. В анамнезе несколько инсультов.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №19

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение 2 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. Но 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 гостиной, 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 вокруг воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требуется, чтобы позвали «полицию», возбуждается, кричит: «Караул!». Однажды больному 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 у нас сейчас год?
- Наверное, 1908-й...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я у себя дома

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №20

Больная 33 лет, второй раз находится в психиатрической больнице с одинаковым состоянием. Настроение резко снижено, выражение лица тоскливое. Кожа сухая, выглядит старше своих лет. На вопросы отвечает односложно, с большой задержкой, говорит, что не хочет жить. В отделении ничем не занята — «не могу». В прошлом были эпизоды «необычного подъема», когда была гиперактивна, могла спать по 2 часа в сутки и не чувствовать усталости.

Вопросы:

6. Предположите наиболее вероятный диагноз.
7. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
9. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
10. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

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

**ПК-5: способность планировать и осуществлять мероприятия по
профилактике психических расстройств.**

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

Общая психопатология

24. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
25. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х.Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
26. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.
27. Мышление в норме, его нарушения по форме.
28. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
29. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
30. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
31. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
32. Память и её нарушения.
33. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
34. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
35. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
36. Внимание и его нарушения.
37. Сознание в норме. Синдромы выключения сознания.
38. Синдромы помрачения сознания.
39. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
40. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
41. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
42. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
43. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
44. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
45. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
46. Синдром прогрессирующей амнезии.
47. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.

48. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.

49. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.

50. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.

51. 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:

Частная психиатрия

52. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.

53. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.

54. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.

55. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.

56. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.

57. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.

58. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

59. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.

60. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.

61. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).

62. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.

63. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.

64. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.

65. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
66. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов. Лечение.
67. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
68. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
69. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
70. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
71. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
72. Шизофрения: типы течения, прогноз, исходные состояния. Фебрильная шизофрения.
73. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы).
74. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства.
75. Аффективные расстройства: шизоаффективное расстройство, послеродовая депрессия.
76. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение.
77. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
78. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, лечение.
79. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
80. Специфические расстройства личности. Классификация, клиника, подходы к лечению.
81. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.

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):

9) *Защита истории болезни.*

10) *Решение клинических задач*

Клинический кейс - задача №1

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психо-социальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №2

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №3

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №4

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 услышал, 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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №5

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №6

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №7

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №8

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №9

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №10

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:

11. Предположите наиболее вероятный диагноз.
12. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
13. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
14. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
15. Какие методы психотерапии и психосоциальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Фонды оценочных средств для текущего контроля формирования компетенций на практических занятиях

Вопросы для собеседования на практическом занятии №1:

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.

Вопросы для собеседования на практическом занятии №2:

24. Ощущения и восприятие в норме и патологии. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
25. Принципы классификации галлюцинации. Учение В.Х.Кандинского о псевдогаллюцинациях. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
26. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.

Вопросы для собеседования на практическом занятии №3:

27. Мышление в норме, его нарушения по форме.
28. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
29. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
30. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
31. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.

Тесты для контроля:

ВАРИАНТ 1

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. *самоуничтожения*
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. Парастезии 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. *амеция*

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. *криptomнезия*
2. *эпмнезия*
3. *амнезия*
4. *мория*

ВАРИАНТ 2

1. Сверхценные идеи:

1. *являются чуждыми личности больного*
2. *представляют реальную ценность*
3. *поддаются коррекции, и являются преувеличенным аспектом реальности*
4. *являются разновидностью навязчивостей*

2. Для алкогольного делирия наиболее характерными являются галлюцинации:

1. *зрительные*
 2. *обонятельные*
 3. *псевдогаллюцинации*
 4. *слуховые*
3. Аффектогенные (эмоциональные) иллюзии зависят от:
1. *фона настроения*
 2. *особенностей мышления*
 3. *интеллекта*
 4. *состояния памяти*
4. Экстракампинные галлюцинации – это галлюцинации:
1. *с нечеткой формой*
 2. *фантастического содержания*
 3. *вне зоны восприятия анализатора*
 4. *функциональные*
5. Остановка мышления называется:
1. *ментизм*
 2. *иперрунг*
 3. *неологизм*
 4. *силлогизм*
6. Патологическая обстоятельность типична:
1. *эпилепсии*
 2. *шизофрении*
 3. *прогрессивного паралича*
 4. *неврастении*
7. Правильная последовательность развития хронического бредового помешательства указана в пункте:
1. *паранойяльный, параноидный, парафренный*
 2. *параноидный, паранойяльный, парафренный*
 3. *парафренный, паранойяльный, параноидный*
 4. *парафренный, параноидный, паранойяльный*
8. Длительно существующие галлюцинации являются:
1. *галлюцинозом*
 2. *деменцией*
 3. *сопором*

4. *парабулией*
9. Разорванность мышления характерна для:
1. *шизофрении*
 2. *неврозов*
 3. *психопатий*
 4. *деменций*
10. Псевдогаллюцинаторные “голоса” чаще исходят из:
1. *объективной обстановки*
 2. *внутреннего субъективного пространства*
 3. *из звукопроизводящих устройств*
 4. *из-за стены*
11. Псевдогаллюцинации – это:
1. *явления, похожие на галлюцинации, но не являющиеся ими*
 2. *галлюцинации фантастического содержания*
 3. *галлюцинации без ощущения объективной реальности*
 4. *сенестопатии*
12. Инволюционный паранойд характеризуется:
1. *бредом малого размаха*
 2. *персекуторным*
 3. *бредом, обусловленным психическими автоматизмами*
 4. *бредом изобретательства*
13. Синдром Кандинского-Клерамбо н включает
1. *псевдогаллюцинации*
 2. *бред внешнего воздействия*
 3. *переживания «чувства сделанности»*
 4. *конфабуляции*
14. Функциональные галлюцинации возникают и существуют:
1. *вместе с реальным раздражителем*
 2. *при отсутствии реального раздражителя*
 3. *вне зависимости от наличия внешнего раздражителя*
 4. *только при сверхсильном внешнем раздражителе*
15. Ускоренное мышление выявляется в синдроме:

1. *депрессивном*
2. *маниакальном*
3. *астеническом*
4. *кататоноческом*

16. Разорванность мышления это:

1. *пустое бесплодное мудрствование*
2. *отсутствие логической последовательности мысли*
3. *чрезмерное детализирование, витиеватость*
4. *сакадированная речь*

17. Для эндогенного процесса более показательными являются галлюцинации:

1. *слуховые псевдогаллюцинации*
2. *тактильные*
3. *общего чувства*
4. *висцеральные*

18. Парейдолические иллюзии встречаются у:

1. *только больных*
2. *только здоровых*
3. *у больных и здоровых*
4. *не встречаются у человека*

19. Наплыв мыслей это:

1. *мутизм*
2. *ментизм*
3. *моноидеизм*
4. *мания*

20. Галлюцинации это:

1. *восприятие без объекта*
2. *искаженное восприятие объекта*
3. *форма расстройства мышления*
4. *гиперэстезия*

21. Синдром психических автоматизмов включает в себя:

1. *снижение интеллекта*
2. *нарушение состояния сознания*
3. *парамнезии*

4. *псевдогаллюцинации*

22. Для алкогольного делирия наиболее характерными являются галлюцинации:

1. *истинные зрительные*
2. *обонятельные*
3. *осязательные*
4. *псевдогаллюцинации слуховые*

23. К деперсонализации относится такой симптом, как:

1. *ощущение постороннего воздействия на мысли*
2. *ощущение изменения размера частей собственного тела*
3. *бред двойников*
4. *воздушной подушки*

24. Индуцированный бред возникает:

1. *всегда у здоровых*
2. *у здоровых на фоне стресса*
3. *у больных, при тесном общении с бредовым больным*
4. *у дементных больных после черепно-мозговой травмы*

25 Зрительные галлюцинации, возникающие при засыпании, при закрытых глазах:

1. *гипноамптические*
2. *гипноагические*
3. *темновые*
4. *закрыто-глазные*

26 Галлюцинации типа Шарля Бонне возникают у людей:

1. *при острых психозах*
2. *при невротических расстройствах*
3. *при снижении функциональной возможности зрительного и слухового анализатора*
4. *при кислородном голодании в условиях высокогорья*

27 Синдром психических автоматизмов включает в себя:

1. *снижение интеллекта*
2. *нарушение состояния сознания*
3. *парамнезии*
4. *псевдогаллюцинации*

28 При навязчивых идеях человек:

1. *пытается их реализовать, они очень ценны для него*
2. *индифферентно относится к ним*
3. *понимает их никчемность, борется с ними*
4. *охотно делится ими с окружающими*

29. Бред характеризуется:

1. *ошибочными умозаключениями и суждениями*
2. *галлюцинациями*
3. *эпиприпадками*
4. *фотопсиями*

30 Восприятие на коже или под кожей определенных предметов или явлений:

1. *тактильные галлюцинации*
2. *сенестопатии*
3. *физиологические иллюзии*
4. *синэстезии*

31. Возбуждение есть проявление:

1. *гипербулии*
2. *абулии*
3. *парабулии*
4. *амнезии*

32. Онейроид характерен для:

1. *шизофрении*
2. *сенильных психозов*
3. *неврозов*
4. *умственной отсталости*

33. К признакам нарушения сознания относится:

1. *контаминации*
2. *бред*
3. *дезориентированность*
4. *ментизм*

34. Синдромом снижения уровня сознания является:

1. *сопор*
2. *амения*
3. *сумерки*

4. *делирий*
35. При делирии часто наблюдается:
1. *расстройство половой идентификации*
 2. *нарушение ориентации в месте и времени*
 3. *бред незаконнорожденности*
 4. *синдром Кандинского-Клерамбо*
36. Онейроидная кататония сопровождается:
1. *бессонницей*
 2. *двигательным возбуждением*
 3. *ступором*
 4. *комой*
37. Наиболее значительное снижение уровня сознания наблюдается при:
1. *сомноленции*
 2. *сопоре*
 3. *обнубиляции*
 4. *онейроиде*
38. Маниакальному состоянию свойственно:
1. *снижение самооценки*
 2. *переоценка собственной личности*
 3. *наличие полной критики*
 4. *запоры*
39. делирий является показателем психоза:
1. *экзогенного*
 2. *эндогенного*
 3. *органического*
 4. *другого*
40. Эксгибиционизм означает:
1. *влечение к детям*
 2. *влечение к трупам*
 3. *влечение к обнажению половых органов*
 4. *влечение к животным*
41. Манерность является симптомом:
1. *невроза навязчивых состояний*
 2. *шизофрении*

3. *хронического алкоголизма*
 4. *гашишизма*
42. Периоды между приступами биполярного аффективного расстройства:
1. *ремиссии*
 2. *интермиссии*
 3. *регрессии*
 4. *редукции*
43. Прогностически более благоприятной является кататония:
1. *Люцидная*
 2. *онейроидная*
 3. *не имеет значения*
 4. *в зависимости от имеющихся аффективных расстройств*
44. Для деменции наиболее характерно:
1. *бред*
 2. *интеллектуально-мнестические расстройства*
 3. *галлюцинаторный синдром*
 4. *онейроид*
45. Синдромам сумеречного расстройства сознания свойственны:
1. *внезапное развитие и внезапный выход*
 2. *постепенное развитие и постепенный выход*
 3. *внезапное развитие и постепенный выход*
 4. *постепенное развитие и внезапный выход*
46. Делирий характеризуется:
1. *отсутствием двигательной активности*
 2. *двигательной активностью*
 3. *комой*
 4. *гиперкинезами*
47. Для Корсаковского амнестического синдрома характерна:
1. *психогенная амнезия*
 2. *гипермнезия*
 3. *иперунии*
 4. *фиксационная амнезия*
48. Обездвиженность, оцепенение называется:
1. *сопором*

2. *сурдомутизмом*
3. *ступором*
4. *кататонией*

49. В предделирии возникает:

1. *гипостезия*
2. *парастезия*
3. *гиперестезия*
4. *парамнезия*

50. Для шизофрении характерно расстройство памяти:

1. *по типу гипермнезии*
2. *по типу конфабулеза*
3. *по типу гипомнезии*
4. *не характерны вообще*

ВАРИАНТ 3

1. Соскальзывания являются основой для:

5. *ускорения мышления*
6. *разорванности*
7. *патологической обстоятельности*
8. *парамнезии*

2. Тактильные галлюцинации – это:

5. *восприятие законченного предмета или явления на коже или под кожей*
6. *сенестопатии*
7. *синэстезии*
8. *разновидность галлюцинаций общего чувства*

3. Нигилистический бред Котара – это бред:

5. *маниакальный*
6. *депрессивный*
7. *персекуторный*
8. *индуцированный*

4. Искаженное восприятие предметов называется:

5. *галлюцинация*
6. *иллюзия*
7. *гиперестезия*

8. *гипестезия*
5. Неологизмы – это:
 5. *застывание представлений*
 6. *новые словообразования*
 7. *разрыхление мышления*
 8. *синоним силлогизма*
6. Резонерское мышление – это:
 5. *потеря логической последовательности*
 6. *чрезмерное детализирование*
 7. *бесплодное мудрствование*
 8. *ригидность мышления*
7. Парейдолии являются разновидностью:
 5. *патологии ощущений*
 6. *сложных галлюцинаций*
 7. *сложных иллюзий*
 8. *патологии памяти*
8. Бред ущерба наиболее характерен для:
 5. *людей пожилого возраста*
 6. *среднего возраста*
 7. *подростковый*
 8. *детский*
9. Персекуторный бред характеризуется:
 5. *идеями величия*
 6. *идеями преследования*
 7. *идеями изобретательства*
 8. *идеями реформаторства*
10. При аментивном синдроме обнаруживаются нарушения мышления:
 5. *бессвязность*
 6. *ускорение*
 7. *замедление*
 8. *резонерство*
11. Навязчивые идеи – это:
 5. *идеи, не представляющие ценности для личности, с попытками избавиться от них*
 6. *идеи, переоцениваемые в их значении, нет противодействия им*

7. *разновидность бредовых идей*
 8. *сверхценные идеи*
12. К признакам нарушенного сознания по Ясперсу относятся
5. *Сенестопатии, психические автоматизмы, бред внешнего воздействия*
 6. *Обнубиляция, сопор, кома*
 7. *Дезориентировка, расстройства мышления, амнезия, отрешенность*
 8. *Ускоренное мышление, гипертимия, психомоторное возбуждение*
13. При сенестопатиях:
5. *всегда определяется патология соответствующего органа*
 6. *отмечаются тягостные, мучительные, трудноописываемые ощущения в различных частях тела*
 7. *всегда определяется патология сознания*
 8. *никогда не сопровождается «чувством сделанности»*
14. К депрессивному бреду не относится:
5. *ипохондрический*
 6. *реформаторства*
 7. *бред Котара*
 8. *самоуничужения*
15. Синдром Кандинского-Клерамбо не включает
5. *псевдогаллюцинации*
 6. *псевдореминисценции*
 7. *психические автоматизмы*
 8. *бред внешнего воздействия*
16. Замедление мышления характерно для синдрома:
5. *депрессивного*
 6. *маниакального*
 7. *гебефренического*
 8. *паранойяльного*
17. Симптом Капгра – это симптом:
5. *положительного и отрицательного двойника*
 6. *уже виденного*
 7. *никогда не виденного*
 8. *аутокопии*
18. Деперсонализация и дереализация относятся к нарушениям:

5. *ощущений*
6. *памяти*
7. *сенсорного синтеза*
8. *мышления*

19. Характерным расстройством мышления при эпилепсии является:

5. *патологическая вязкость*
6. *ускорение*
7. *соскальзывание*
8. *ментизм*

20. К отличиям истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций не относится:

5. *псевдогаллюцинации сопровождаются «чувством сделанности»*
6. *псевдогаллюцинации не связаны с воспринимаемым окружающим пространством*
7. *псевдогаллюцинации встречаются у здоровых лиц, истинные галлюцинации только у больных*
8. *псевдогаллюцинации связаны с бредом внешнего воздействия*

21. Парестезии являются расстройством:

5. *воли*
6. *ощущений*
7. *восприятия*
8. *памяти*

22. Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций:

5. *чувством сделанности*
6. *интенсивностью*
7. *преимущественно зрительным характером*
8. *преимущественным возникновением в ночное время*

23. Синдром Кандинского-Клерамбо – это:

5. *признак нарушенного сознания*
6. *синдром психического автоматизма*
7. *расстройство эмоциональной сферы*
8. *патология памяти*

24. Бред отражает нарушение функции мышления:

5. *по форме*
6. *по содержанию*

7. *по скорости*
 8. *по образности*
25. К маниакальному бреду не относится бред:
5. *богатства*
 6. *могущества*
 7. *величия*
 8. *нигилистический*
26. Корсаковский амнестический синдром не включает:
5. *парамнезии*
 6. *прогрессирующую амнезию*
 7. *фиксационную амнезию*
 8. *гипермнезию*
27. Невозможность запоминания текущих событий:
5. *фиксационная амнезия*
 6. *психогенная амнезия*
 7. *ретроградная амнезия*
 8. *антероградная амнезия*
28. Амбивалентность это патология:
5. *мышления*
 6. *памяти*
 7. *сознания*
 8. *эмоционально-волевой сферы*
29. Закон Рибо определяет:
5. *объем кратковременной памяти*
 6. *закономерности формирования конфабуляторного бреда*
 7. *взаимосвязь эмоционального напряжения и объема памяти*
 8. *динамику расстройств мышления в случае прогрессирующей амнезии*
30. К повышенному настроению не относится:
5. *эйфория*
 6. *мория*
 7. *экзальтация*
 8. *мутизм*
31. Эмоциональная тупость является исходом:
5. *шизофрении*

6. *аффективных психозов*
7. *алкоголизма*
8. *невротического расстройства*

32. К группе антидепрессантов относится:

5. *амитриптилин*
6. *нистатин*
7. *аминазин*
8. *галоперидол*

33 К триаде маниакального синдрома не относится:

5. *ускоренное мышление*
6. *изменение сознания*
7. *повышение двигательной активности*
8. *повышение настроения*

34 Нарушения памяти типичны при:

5. *вялотекущей шизофрении*
6. *органическом поражении ЦНС*
7. *маниакальном эпизоде*
8. *специфических расстройствах личности*

35 Развитие депрессивного синдрома связано с изменением уровня:

5. *эстрогена*
6. *серотонина*
7. *инсулина*
8. *эпинефрина*

36. Маниакальная триада состоит из:

5. *заторможенности мышления и движений при повышении аффекта*
6. *увеличения настроения и скорости мышления при бреде одержимости*
7. *увеличения настроения, скорости мышления и двигательной активности*
8. *гипобулии, ажитации и гебефренического синдрома*

37. Повышение настроения с дурашливостью называется:

5. *мория*
6. *эйфория*
7. *экзальтация*
8. *«дежавю»*

38. К триаде депрессивного синдрома не относится:

5. *двигательная заторможенность*
6. *замедление мышления*
7. *разорванность мышления*
8. *понижение настроения*

39. Патологический аффект отличается от физиологического:

5. *длительностью*
6. *состоянием сознания*
7. *типом мышления*
8. *типом галлюцинаций*

40. Замещение провалов памяти фантастическими событиями называется:

5. *псевдореминисценции*
6. *конфабуляции*
7. *бред*
8. *гипермнезия*

41. К синдромам выключения сознания относится:

5. *делирий*
6. *кома*
7. *онейроид*
8. *аменция*

42. После перенесения аментивного нарушения сознания наступает амнезия:

5. *никогда не наступает*
6. *наступает частичная*
7. *наступает полная*
8. *наступает прогрессирующая*

43. Аутизм более характерен для:

5. *неврозов*
6. *шизофрении*
7. *алкоголизма*
8. *деменции*

44. Сумеречное помрачение сознания встречается при:

5. *неврастении*
6. *эпилепсии*
7. *психопатии*
8. *шизофрении*

45. Аффективные реакции больного эпилепсией характеризуются:

5. *слабодушием*
6. *брутальностью*
7. *лабильностью*
8. *нивелированностью*

46.. Маниакальный синдром характерен для:

5. *прогрессивного паралича*
6. *инволюционной меланхолии*
7. *глубокой умственной отсталости*
8. *инфертильности*

47 Корсаковский амнестический синдром характерен для:

5. *шизофрении*
6. *психоорганического синдрома*
7. *невротического расстройства*
8. *глубокой умственной отсталости*

48. Слабодушие это:

5. *эмоциональная лабильность*
6. *полное равнодушие, безучастность*
7. *эмоциональная неадекватность*
8. *эмоциональная тупость*

49. Онейроид встречается при:

5. *кататонической шизофрении*
6. *простой шизофрении*
7. *шизофазии*
8. *параноидной шизофрении*

50. Нарушение памяти и поведения по типу “жизни в прошлом” встречается при болезни Альцгеймера и называется:

5. *криptomнезия*
6. *эпмнезия*
7. *амнезия*
8. *мория*

ВАРИАНТ 4.

1. Астенический синдром является ведущим при:

1. *делирии*
 2. *неврастении*
 3. *деменции*
 4. *эксгибиционизме*
2. Возбуждение есть проявление:
1. *гипербулии*
 2. *абулии*
 3. *парабулии*
 4. *амнезии*
3. Аффектогенные (эмоциональные) иллюзии зависят от:
1. *фона настроения*
 2. *особенностей мышления*
 3. *интеллекта*
 4. *состояния памяти*
4. Экстракампинные галлюцинации – это галлюцинации:
1. *с нечеткой формой*
 2. *фантастического содержания*
 3. *вне зоны восприятия анализатора*
 4. *функциональные*
5. Остановка мышления называется:
1. *ментизм*
 2. *шперрунг*
 3. *неологизм*
 4. *силлогизм*
6. Обсессивно-фобическое расстройство характеризуется:
1. *навязчивыми страхами, желаниями и действиями*
 2. *галлюцинациями*
 3. *бредом*
 4. *амецией*

7. Нарушение воспоминания событий, последовавших за ЧМТ, называется:
1. *атероградной амнезией*
 2. *ретроградной амнезией*
 3. *фиксационной амнезией*
 4. *конградной амнезией*
8. К признакам нарушения сознания относится:
1. *контаминации*
 2. *бред*
 3. *дезориентированность*
 4. *ментизм*
9. Правильная последовательность развития хронического бредового помешательства указана в пункте:
1. *паранойяльный, параноидный, парафренный*
 2. *параноидный, паранойяльный, парафренный*
 3. *парафренный, паранойяльный, параноидный*
 4. *парафренный, параноидный, паранойяльный*
10. Синдромом снижения уровня сознания является:
1. *сопор*
 2. *амения*
 3. *сумерки*
 4. *делирий*
11. При делирии часто наблюдается:
1. *расстройство половой идентификации*
 2. *нарушение ориентации в месте и времени*
 3. *бред незаконнорожденности*
 4. *синдром Кандинского-Клерамбо*
12. Онейроидная кататония сопровождается:
1. *помрачением сознания*
 2. *двигательным возбуждением*
 3. *сопором*

4. *комой*

13. Наиболее значительное снижение уровня сознания наблюдается при:

1. *сомноленции*
2. *сопоре*
3. *обнубиляции*
4. *онейроиде*

14. Разорванность мышления характерна для:

1. *шизофрении*
2. *неврозов*
3. *психопатий*
4. *деменций*

15. Псевдогаллюцинаторные “голоса” чаще исходят из:

1. *объективной обстановки*
2. *внутреннего субъективного пространства*
3. *из звукопроизводящих устройств*
4. *из-за стены*

16. Маниакальному состоянию свойственно:

1. *снижение самооценки*
2. *переоценка собственной личности*
3. *наличие полной критики*
4. *запоры*

17. Патологическое опьянение встречается:

1. *только у страдающих алкоголизмом*
2. *не только у больных алкоголизмом*
3. *только у страдающих алкоголизмом с амнестическим синдромом*
4. *только у страдающих алкоголизмом в 3 стадии*

18. Псевдогаллюцинации – это:

1. *явления, похожие на галлюцинации, но не являющиеся ими*

2. *галлюцинации фантастического содержания*
 3. *галлюцинации без ощущения объективной реальности*
 4. *сенестопатии*
19. Специфическим для шизофрении признаком является:
1. *эмоциональная лабильность*
 2. *брутальность аффекта*
 3. *эмоциональная уплощенность*
 4. *частое возникновение патологического аффекта*
20. Инволюционный параноид характеризуется:
1. *бредом малого размаха*
 2. *персекуторным*
 3. *бредом, обусловленным психическими автоматизмами*
 4. *бредом изобретательства*
21. Повторение больным движений других лиц является:
1. *парабулией*
 2. *гипобулией*
 3. *гипербулией*
 4. *гиперкинезом*
22. Ускоренное мышление выявляется в синдроме:
1. *депрессивном*
 2. *маниакальном*
 3. *астеническом*
 4. *кататоноческом*
23. Парейдолические иллюзии встречаются у:
1. *только больных*
 2. *только здоровых*
 3. *у больных и здоровых*
 4. *не встречаются у человека*
24. Наплыв мыслей это:

1. мутизм
2. ментизм
3. моноидеизм
4. мания

25. Галлюцинации это:

1. восприятие без объекта
2. искаженное восприятие объекта
3. форма расстройства мышления
4. гиперэстезия

26. Соскальзывания являются основой для:

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

27. Тактильные галлюцинации – это:

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

28. Нигилистический бред Котара – это бред:

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

29. Искаженное восприятие предметов называется:

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

30. Неологизмы – это:

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

31. Резонерское мышление – это:

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

32. Парейдолии являются разновидностью:

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

33. Бред ущерба наиболее характерен для:

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

34. Персекуторный бред характеризуется:

1. *идеями величия*
2. *идеями преследования*
3. *идеями изобретательства*
4. *идеями реформаторства*

35. При аментивном синдроме обнаруживаются нарушения мышления:

1. *бессвязность*
2. *ускорение*
3. *замедление*
4. *резонерство*

36. 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

37. 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

38. 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»

39. К депрессивному бреду не относится:

1. ипохондрический
2. реформаторства
3. бред Котара
4. самоуничижения

40. Синдром Кандинского-Клерамбо не включает

1. псевдогаллюцинации
2. псевдореминисценции
3. психические автоматизмы
4. бред внешнего воздействия

41. Замедление мышления характерно для синдрома:

1. депрессивного
2. маниакального

3. *гебефренического*

4. *паранойяльного*

42. Симптом Капгра – это симптом:

1. *положительного и отрицательного двойника*

2. *уже виденного*

3. *никогда не виденного*

4. *аутокопии*

43. Деперсонализация и дереализация относятся к нарушениям:

1. *ощущений*

2. *памяти*

3. *сенсорного синтеза*

4. *мышления*

44. Характерным расстройством мышления при эпилепсии является:

1. *патологическая вязкость*

2. *ускорение*

3. *соскальзывание*

4. *ментизм*

45. 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*

46. Парестезии являются расстройством:

1. *воли*

2. *ощущений*

3. *восприятия*

4. *памяти*

47. Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций:

1. *чувством сделанности*

2. *интенсивностью*
3. *преимущественно зрительным характером*
4. *преимущественным возникновением в ночное время*

48. Синдром Кандинского-Клерамбо – это:

1. *признак нарушенного сознания*
2. *синдром психического автоматизма*
3. *расстройство эмоциональной сферы*
4. *патология памяти*

49. Бред отражает нарушение функции мышления:

1. *по форме*
2. *по содержанию*
3. *по скорости*
4. *по образности*

50. К маниакальному бреду не относится бред:

1. *богатства*
2. *могущества*
3. *величия*
4. *нигилистический*

Клинические задачи для контроля:

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.

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,

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 «врабатывается», 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.

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 «намек», 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.

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.

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.

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.

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 тему разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает трясти себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

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 больному 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 больному 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?

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. Жалуеться на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бессмысленной, 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...

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.

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 косой, 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.

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.

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. Собрал в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

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, больной 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 больной 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.

**Методические указания для обучающихся по освоению
дисциплины (модуля)**

Все материалы доступны к скачиванию на сайте rzgmu.ru

| № п/п | Название | Авторы | Вид | Уровень издания | Год и место издания | Кол-во страниц |
|-------|--|--|-----------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| 1 | Деменция: клиника, диагностика, лечение | Петров Д.С., Шустов Д.И., Петров С.С. | Учебное пособие | УМС | 2014, РИО РязГМУ | 140 |
| 2 | Курс лекция по психиатрии и наркологии (на франц. языке) | Шустов Д.И. Меринов А.В., Петров Д.С., Шитов Е.А., Федотов И.А. | Учебное пособие | УМС | 2014, РИО РязГМУ | 120 |
| 3. | Расстройства связанные со стрессом (реактивные психозы и посттравматическое стрессовое расстройство) | Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 31 |
| 4 | Медицинская психология в стоматологии | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, Н.Н. Васяткина | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 32 |
| 5 | Невротические и соматоформные расстройства | Е.А. Шитов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, А.В. Меринов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 35 |
| 6 | Организация психиатрической помощи в Российской Федерации | Д.С. Петров, Д.И. Шустов, А.В. Меринов, Е.А. Шитов, Н.Н. Васяткина | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 28 |

| | | | | | | |
|----|--|--|-----------------------------|-----|------------------|----|
| 7 | Патология сознания | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, Е.А. Шитов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 22 |
| 8 | Правовые аспекты психиатрии | И.Г. Головач, Н.Н. Васяткина, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, И.А. Федотов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 28 |
| 9 | Методы современной психотерапии | Д.И. Шустов, С.А. Новиков, Д.С. Петров, А.В. Меринов, И.А. Федотов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 41 |
| 10 | Расстройства личности зрелого возраста | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Д.С. Петров, Е.А. Шитов | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 31 |
| 11 | Ургентные состояния в психиатрии | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 21 |
| 12 | Шизофрения | А.В. Меринов, Д.И. Шустов, Е.А. Шитов, Д.С. Петров, И.Г. Головач | Учебно-методическое пособие | УМС | 2013, РИО РязГМУ | 23 |

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Психиатрия

(название дисциплины)

| № п/п | Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы | Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы |
|----------|--|---|
| 1 | Учебная аудитория №1 на базе ГБУ РО Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова | Компьютер, проектор, набор аннотаций психотропных средств |
| 2 | Учебная аудитория №2 на базе ГБУ РО Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова | Компьютер, учебный фильм по истории психиатрии, законодательные акты |
| 3 | Учебная аудитория №3 на базе ГБУ РО Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова | Компьютер, музей истории кафедры психиатрии и Рязанской областной клинической психиатрической больницы |
| 4 | Учебная аудитория №4 на базе ГБУ РО Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова | Таблица о шизофрении (на русском и на английском языках), таблица о болезни Альцгеймера (на русском и на английском языках), таблица о депрессии, таблица о морфологии и МРТ-признаках деменций |
| 5 | Учебная аудитория на базе ГБУ РО Областной клинический наркологический диспансер | Стенд о кафедре психиатрии, экран, мультимедиа-проектор |

Особенности организации обучения по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1. Обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

при необходимости осуществляется кафедрой на основе адаптированной рабочей программы с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

2. В целях освоения учебной программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

- возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры. В случае невозможности беспрепятственного доступа на кафедру организовывать учебный процесс в специально оборудованном классе (ул. Высоковольтная, 9, каб. 11)

3. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

4. Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями

здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

| Категории студентов | Формы |
|--|--|
| С нарушением слуха | - в печатной форме; - в форме электронного |
| С нарушением зрения | - в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа; |
| С нарушением опорно-двигательного аппарата | - в печатной форме; - в форме электронного документа; |

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

5. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.

5.1 Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья

| Категории студентов | Виды оценочных средств | Формы контроля и оценки результатов обучения |
|--|---|---|
| С нарушением слуха | тест | преимущественно письменная проверка |
| С нарушением зрения | собеседование | преимущественно устная проверка (индивидуально) |
| С нарушением опорно-двигательного аппарата | решение дистанционных тестов, контрольные вопросы | организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка |

Обучающимся с, относящимся к категории инвалидов и лиц, с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту, разрешается подготовка к зачету с использованием дистанционных образовательных технологий.

5.2 Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями.

Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

1. инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме, устно с использованием услуг сурдопереводчика);
2. доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом, задания предоставляются с использованием сурдоперевода);
3. доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно).

При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Проведение процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья допускается с использованием дистанционных образовательных технологий.

6. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины.

Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и / или в электронно-библиотечных системах. А также предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная

литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

7. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумевается две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория - мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха); источники питания для индивидуальных технических средств;

- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха);

- учебная аудитория для самостоятельной работы - стандартные рабочие места с персональными компьютерами; рабочее место с персональным компьютером, с программой экранного доступа, программой экранного увеличения и брайлевским дисплеем для студентов с нарушением зрения.

В каждой аудитории, где обучаются инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья, должно быть предусмотрено соответствующее количество мест для обучающихся с учётом ограничений их здоровья.

АННОТАЦИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

| | |
|--|--|
| Рабочая программа дисциплины | «Психиатрия» |
| Кафедра - разработчик рабочей программы | кафедра госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы |
| Уровень высшего образования | подготовка кадров высшей квалификации |
| Направление подготовки/направленность | 31.06.01 Клиническая медицина 14.01.06 Психиатрия |
| Квалификация (специальность) | Исследователь. Преподаватель-исследователь |
| Форма обучения | очная |
| Место дисциплины в структуре образовательной программы | Дисциплина «Психиатрия» входит в образовательный компонент образовательной программы высшего образования в аспирантуре по направлению Б1.В.01 Психиатрия и является обязательной дисциплиной |
| Краткое содержание дисциплины | <ol style="list-style-type: none"> 1. Органические и симптоматические психические расстройства. 2. Общие вопросы аддиктологии. Алкогольная зависимость. 3. Наркомании, токсикомании и нехимические аддикции. Аутоагрессивное поведение. 4. Расстройства шизофренического спектра 5. Аффективные расстройства. 6. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. 7. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. 8. Лечение психических расстройств: психофармакотерапия, психотерапия, биологическое лечение |
| Объем, часы/з.е. | 180 часов/5 з.е. |
| Вид промежуточной аттестации | Экзамен в 3 семестре |