МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«**Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
21.05.2024

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина **ПСИХИАТРИЯ**
(наименование дисциплины)

Уровень профессионального образования **Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**

Специальность **31. 08. 20 Психиатрия**
(код специальности и наименование)

Направленность **Психиатрия**
(название направленности)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра психиатрии и психотерапии с клиникой**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**36 час.**
Занятия семинарского типа	**556 час.**
Всего аудиторной работы	**592 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**254 час.**
Контроль	**54 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет с оценкой / зачет с оценкой**
Общая трудоемкость дисциплины	**900/25 (час. / зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2024

Рабочая программа дисциплины «Психиатрия» разработана в соответствии с:

- Приказом Минобрнауки России от 16. 10. 2023 г. № 981 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия»;
- учебным планом по специальности 31.08.20 Психиатрия;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Абриталин Евгений Юрьевич	д. м. н. профессор	Заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
2.	Краснов Алексей Александрович	д. м. н. доцент	Профессор кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
3.	Хабаров Иван Юрьевич	к. м. н.	Доцент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
4	Хайбаев Абубакар-Асхаб Шамилович	-	Старший лаборант кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
5.	Ильченко Евгения Геннадиевича	-	Ассистент кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Психиатрия» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «23» апреля 2024 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Психиатрия» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России «21» мая 2024 г., протокол № 05/2024.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа по дисциплине «Психиатрия» специальности 31.08.20 Психиатрия направлена на усвоение знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств ординаторов, заданных целям обучения.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами (фундаментальными — «Анатомия», «Гистология», «Физиология», «Патологическая анатомия», «Патологическая физиология», «Микробиология», «Фармакология», клиническими — «Неврология», «Терапия», «Педиатрия») по одной из специальностей: Лечебное дело, Педиатрия. Ординатура-форма последипломной подготовки выпускника высшего профессионального медицинского образовательного учреждения. Обучение в ординатуре направлено на углубление профессиональных знаний, умений, владений практическими навыками оказания высокотехнологической помощи лицам с наркологической патологией, использование клинических протоколов и формирование клинического мышления, готовность к самостоятельной врачебной деятельности. Профессиональная подготовка предусматривает базовую и практическую подготовку.

Основным методом подготовки ординаторов является лечебно-диагностическая работа под постоянным контролем и при участии преподавателя.

Подготовка ординаторов обеспечивается преподавателями кафедр (психиатрии и психотерапии с клиникой, неврологии с клиникой, патологической физиологии, патологической анатомии, организации, управления и экономики здравоохранения и т. д.) имеющими ученую степень и звание (старший преподаватель, доцент, профессор, к. м. н., д. м. н.) и опыт работы по специальности, систематически занимающихся научно-педагогической и клинической работой.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью изучения дисциплины «Психиатрия» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Психиатрия».

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-психиатра, способного успешно решать профессиональные задачи.
2. Закрепить и расширить знания по этиологии, патогенезу, диагностике, клиническим проявлениям и особенностям течения психических расстройств на современном этапе.
3. Сформировать необходимые знания и умения по диагностике психических расстройств в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
4. Формировать, развивать и совершенствовать клиническое мышление для проведения дифференциально-диагностического поиска и принятия решений как в стандартных, так нестандартных ситуациях повышенной сложности.
5. Понимать дефиниции понятия «психиатрия», возникновение, развитие и современное состояние психиатрии, роль и место психиатрии в отечественной медицине, а также роль и место врача-психиатра в решении практических задач психогигиены, психопрофилактики, лечения и реабилитации.

6. Овладеть основными понятиями психиатрии и навыками оказания психиатрической помощи.
7. Выделять критерии «эффективности» и «безопасности» психиатрической помощи.
8. Сформировать необходимые знания и умения по оказанию в полном объеме психиатрической помощи по сохранению жизни и здоровья взрослому и детскому населению, включающей диагностическую, лечебную, профилактическую и реабилитационную деятельность.
9. Научить обоснованному назначению всех видов лечения в соответствии с современными стандартами оказания психиатрической помощи на основе доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту.
10. Научить прогнозированию развития осложнений и неотложных состояний в разные возрастные периоды.
11. Сформировать предпосылки и мотивации для освоения новейших технологий и методик в сфере психиатрии.
12. Обучить ведению медицинской документации и правовым аспектам дисциплины.
13. Сформировать устойчивый навык осуществления медицинской деятельности с учетом принятых в обществе моральных и этических норм и соблюдением принципов деонтологии.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Психиатрия» изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Клиническая практика»
- «Обучающий симуляционный курс»
- «Научно-исследовательская работа»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОК) и профессиональных компетенций (ПК):

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории (группы) компетенции - Системное и критическое мышление			
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.	**Знает:** – методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; – роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения. **Умеет:** – выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; – использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психиатра; – излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	**Знает:** – современные направления развития психиатрии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; – возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине; **Умеет:** – анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	**Знает:** -методы формальной логики; **Умеет:** -самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; -прослеживать возможности использования результатов исследования и применения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; -собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию.	
Наименование категории (группы) компетенции - Коммуникация			
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	**Знает:** - основы социальной психологии современные средства информационно-коммуникационных технологий; **Умеет:** - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	**Знает:** - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях; **Умеет:** - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	**Знает:** - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов; **Умеет:** - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

** Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, (Д) -доклады*

Общепрофессиональные компетенции

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Медицинская деятельность			
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.	**Знает:** – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях; – особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями; **Умеет:** – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		– интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях.	
	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	**Знает:** – принципы клинико-психопатологического и основные физикальные методы обследования пациентов; – современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики; – возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате; – диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях; **Умеет:** – исследовать и интерпретировать психический статус пациента, выделять психопатологические синдромы; – ставить диагноз; – обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	**Знает:** – клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических расстройств, нозологических форм; – клиническую классификацию психических расстройств; – порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – показания и порядок госпитализации в психиатрическое отделение. **Умеет:** – опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом расстройстве; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; – производить дифференциальную диагностику психических расстройств; – определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

		заболеваниях и (или) при психических расстройствах.	
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических расстройствах и (или) состояниях психики; – современные методы лечения основных основных психических расстройств; **Умеет:** – разрабатывать план лечения пациентов при психических расстройствах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; – проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	**Знает:** – механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психиатрии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; – методы немедикаментозного лечения, применяемые в психиатрии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные. **Умеет:** – назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий,	**Знает:** – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов с психическими расстройствами. **Умеет:** – оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с психическими расстройствами;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	– предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания.	
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	**Знает:** – медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических расстройствах; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики. **Умеет:** – определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических расстройствах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с психическими расстройствах и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – определять медицинские показания для направления пациентов с психическими расстройствами к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-6.2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	**Знает:** – методы медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами. **Умеет:** – проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации,	**Знает:** – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной

	санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	реабилитации пациентов с психическими расстройствами. **Умеет:** – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами; – выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов с психическими расстройствами на всем протяжении выполнения реабилитационных программ.	аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы.	**Знает:** – медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими расстройствами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов. **Умеет:** – определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими расстройствами и (или) состояниями психики, на прохождение медико-социальной экспертизы; – определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими расстройствами.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-7.2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.	**Знает:** – требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов с психическими расстройствами. **Умеет:** – выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психических расстройств и (или) состояний психики.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-7.3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.	**Знает:** – порядок выдачи листков нетрудоспособности. **Умеет:** – определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическими расстройствами и (или) состояниями психики.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-8. Способен	ОПК-8.1. Проводит санитарно-	**Знает:**	Для текущего контроля:

проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	– основы здорового образа жизни, методы его формирования; – формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических расстройств. **Умеет:** – проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-8.2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – факторы риска развития основных психических расстройств. **Умеет:** – проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-8.3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	**Знает:** – первичную и вторичную профилактику основных психических расстройств. **Умеет:** – проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими расстройствами.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения.	**Знает:** – требования нормативных документов по анализу медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения и порядок его проведения. **Умеет:** – проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными	**Знает:** – правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь. **Умеет:** – составлять план работы и отчет о своей работе; – заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения; – использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	**Знает:** – требования нормативных документов по организации деятельности медицинского персонала психиатрических учреждений и подразделений. **Умеет:** – организовывать деятельность медицинского персонала психиатрических учреждений и подразделений.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	**Знает:** – методику клинического обследования при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи. **Умеет:** – провести клинический осмотр пациента и оценить состояние жизненно-важных функций его организма.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания).	**Знает**: -признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. **Умеет:** -оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	**Знает:** – алгоритм оказания неотложной помощи при психических расстройствах или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента; – перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психических расстройствах или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. **Умеет:** – применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме; – оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

** Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН- практические навыки, (Д) – доклады*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения

Тип задач профессиональной деятельности -Медицинская деятельность			
ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	**Знает:** – особенности этиологии и патогенеза, основных клинических проявлений психического расстройства; – порядок проведения дифференциальной диагностики; – принципы формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней; – критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – современные методы лабораторных исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; – порядк клинико-психопатологического обследования. **Умеет:** – провести всестороннее клинико-психопатологическое обследование, опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом расстройстве; – выявить характерные признаки имеющегося психического расстройства; – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психическим расстройством в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); – оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности; – установить диагноз пациенту с психическим расстройством с учетом действующей МКБ.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-4.2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования. **Умеет:** – выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; – обосновать и составить направление пациента для прохождения лабораторного и/или инструментального обследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

	ПК-4.3. Проводит диагностику психического расстройства в соответствии с критериями действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	**Знает:** – критерии и порядок формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней. **Умеет:** – провести дифференциальную диагностику психического расстройства; – поставить и обосновать окончательный диагноз пациенту с психическим расстройством с учетом действующей МКБ.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	ПК-5.1. Определяет план лечения психического расстройства с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	**Знает:** – показания к назначению больному психотропных средств; – порядок разработки обоснованной схемы современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; – порядок разработки схемы обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения; **Умеет:** – провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; – составлять план лечения психического расстройства с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; – оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-5.2. Осуществляет оказание психиатрической помощи, при необходимости, во взаимодействии с другими врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	**Знает**: клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту; **Умеет:** определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания – наладить взаимодействие с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками в оказании медицинской помощи больным психиатрического профиля.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ
	ПК-5.3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	**Знает:** порядок организации, с учетом современных данных, персонализированного лечения больных психиатрического профиля, в т.ч. женщин, лиц молодого и пожилого возраста. **Умеет:** провести, с учетом современных данных, персонализированное лечение больных психиатрического профиля, в т.ч. женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, СЗ

***Оценочные средства:** КВ Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН- практические навыки, (Д) – доклады*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах		
	ВСЕГО	Курс 1	
		ПА № 1	ПА № 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	**592**	410	182
Из них:			
Занятия лекционного типа	**36**	26	10
Занятия семинарского типа	**556**	384	172
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	**254**	175	79
Промежуточная аттестация – **зачет/зачет с оценкой/экзамен**	**54**	27	27
Общая трудоемкость дисциплины **часы**	**900**	612	288
зач. ед.	**25**	17	8
Из них на практическую подготовку (**в % либо в час.)***	572	395	177

ПА – промежуточная аттестация

******Практическая подготовка*** *(ПП) -форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час. *
	Занятия лекционного типа	Практические занятия			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1					
Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.	4	56	30	90	60
Раздел 2. Общая психопатология.	12	100	44	156	102
Раздел 3. Частная психиатрия.	10	228	101	339	233
Контроль (зачет с оценкой)				27	
ВСЕГО за ПА 1	**26**	**384**	**175**	**612**	**395**
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2					
Раздел 4. Наркология.	6	108	46	160	110
Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.	4	64	33	101	67
Контроль (зачет с оценкой)				27	
ВСЕГО за ПА 2	**10**	**172**	**79**	**288**	**177**
ИТОГО	**36**	**556**	**254**	**900**	**572**

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает до 80 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1					
Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.					
1.	Тема 1.1. Организационно-правовые основы психиатрии.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психиатра. 2. Организация оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.	УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9	Мультимедийная презентация
2.	Тема 1.2. Методы диагностики психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основной метод исследования – клинико-психопатологический. 2. Использование клинических диагностических шкал в диагностике психических расстройств. 3. Дополнительные методы исследования (инструментальные, лабораторные, психофизиологические, экспериментально-психологические).	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
Раздел 2. Общая психопатология.					
3.	Тема 2.1. Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств восприятия. 2. Психопатология расстройств внимания.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
4.	Тема 2.2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств памяти. 2. Психопатология расстройств мышления.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
5.	Тема 2.3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательно-волевой сферы.	2	Краткое содержание темы: 1. Психопатология расстройств эмоций. 2. Психопатология расстройств двигательно-волевой сферы.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
6.	Тема 2.4. Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.	2	Краткое содержание темы: 1. Понятие о психопатологическом синдроме. 2. Современные классификации симптомов и синдромов, принятые в РФ и за рубежом. 3. Основные и дополнительные расстройства при астеническом синдроме. 4. Амнестические расстройства: прогрессирующая амнезия, парамнезии, Корсаковский синдром. 5. Врожденное и приобретенное слабоумие. 6. Депрессивный и маниакальный синдромы (простые, смешанные, сложные	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация

			варианты синдромов). 7. Обсессивно-компульсивный синдром, ипохондрический синдром, истерический синдром (клинические варианты).		
8\7.	Тема 2.5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.	2	Краткое содержание темы: 1. Галлюцинозы. 2. Паранойяльный, острый чувственный, резидуальный бред. 3. Сенестопатический синдром. 4. Галлюцинаторно-параноидный синдром, парафренный синдром. 5. Кататонический ступор и возбуждение (клинические варианты). 6. Гебефреническая триада.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
8.	Тема 2.6. Синдромы нарушенного сознания, судорожный синдром.	2	Краткое содержание темы: 1. Синдромы выключения сознания, помрачения сознания, нарушение самосознания. Критерии К. Ясперса. 2. Классификация пароксизмальных расстройств, клинические варианты судорожного синдрома.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	Мультимедийная презентация
Раздел 3. Частная психиатрия.					
9.	Тема 3.1. Нозологические классификации психических заболеваний. Органические и симптоматические психическое расстройства.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса классификации психических заболеваний. 2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом. 3, Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры). 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, HITOP и др.). 5. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 6. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. 7. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. Изменения личности при гипертонической болезни. Психотические состояния при гипертонической болезни. Неврологические и соматические нарушения при гипертонической болезни. Слабоумие при гипертонической болезни. Психические нарушения при гипотонических состояниях. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. 8. Симптоматические психические расстройства.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
10.	Тема 3.2. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Распространенность шизофрении. 3. Этиопатогенез шизофрении. 4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация

			5. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. 6. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. 7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. 8. Шизотипическое расстройство. 9. Шизоаффективное расстройство. 10. Острые и хронические бредовые расстройства.		
11.	Тема 3.3. Аффективные расстройства.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 5. Атипичные варианты депрессий. 6. Психопатологическая характеристика маний. 7. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
12.	Тема 3.4. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	2	Краткое содержание темы: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств. 2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Психопатологические синдромы при невротических расстройствах. 5. Фобические и тревожные расстройства. 6. Обсессивно-компульсивные расстройства. 7. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. 8. Диссоциативные (конверсионные). 9. Соматоформные расстройства. 10. Соматизированные расстройства. 11. Психосоматические расстройства.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
13.	Тема 3.5. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология расстройств личности. Этиопатогенез расстройств личности, современные клинические классификации. Специфические расстройства личности и их варианты. 2. Умственная отсталость. Этиопатогенез умственной отсталости, современные клинические классификации. Различные степени психического недоразвития при умственной отсталости.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего за ПА № 1		**26**			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2					
Раздел 4. Наркология.					

14.	Тема 4.1. Общая наркология.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные направления современной наркологии. 2. Основные наркологические синдромы и патогенез химической зависимости. 3. Донозологические формы употребления психоактивных веществ. 4. Основные методы лечения химической зависимости. 5. Профилактика аддиктивной патологии (алкоголизма, наркомании и других зависимостей).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
15.	Тема 4.2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя.	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология, этиопатогенез алкоголизма. 2. Стадии алкогольной зависимости, клинические проявления. 3. Клинические особенности алкогольного абстинентного синдрома.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
16.	Тема 4.3. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением наркотических и других психоактивных веществ.	2	Краткое содержание темы: 1. Синдром зависимости от опиоидов. 2. Синдром зависимости от каннабиноидов. 3. Синдром зависимости от кокаина и других наркотиков из числа психостимуляторов. 4. Другие наркомании и полинаркомании. 5. Синдром зависимости от других психостимуляторов. 6. Синдром зависимости от седативных средств. 7. Синдром зависимости от галлюциногенов и летучих растворителей. 8. Синдром зависимости от табака.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	Мультимедийная презентация
Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.					
17.	Тема 5.1. Методы лечения психических расстройств. Основы психофармаколопии.	2	1. Основы психофармакотерапии. 2. Клиническая фармакология нейролептиков, антидепрессантов и других групп психотропных препаратов. 3. Принципы оказания неотложной помощи при основных психических расстройствах.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	Мультимедийная презентация
18.	Тема 5.2. Методы лечения психических расстройств. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств.	2	Краткое содержание темы: 1. Основные методы немедикаментозной терапии психических расстройств: эфферентная терапия, электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, нейрохирургическая коррекция. 2. Основы психиатрии и психических расстройств.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	Мультимедийная презентация
Всего за ПА № 2		**10**			
ИТОГО		**36**			

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 1							
Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.							
Тема 1.1.	Семинар-практикум	Организационно-правовые основы психиатрии.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Организация психиатрической службы в РФ. 2. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психиатра. 3. Основные положения медицинской статистики. 4. Требования к оформлению медицинской документации. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), оформление медицинской документации.	УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Судебно-психиатрическая экспертиза. 2. Военно-врачебная экспертиза. 3. Экспертиза временной нетрудоспособности. 4. Экспертиза качества медицинской помощи. 5. Медико-социальная экспертиза. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), оформление медицинской документации.	УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-9	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Организация психиатрической службы в РФ. 2. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психиатра. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), оформление медицинской	УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9	КВ, ПН, ТЗ, Д

					документации.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные положения медицинской статистики. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), оформление медицинской документации.	УК-1, ОПК-9	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Судебно-психиатрическая экспертиза. 2. Военно-врачебная экспертиза. 3. Экспертиза временной нетрудоспособности. 4. Экспертиза качества медицинской помощи. 5. Медико-социальная экспертиза. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), оформление медицинской документации.	УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-9	КВ, ПН, ТЗ, Д
Тема 1.2.	Семинар-практикум	Методы диагностики психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Классификация методов исследования психически больных. 2. Основной метод обследования – клинико-психопатологическое исследование. 3. Использование клинических диагностических шкал при обследовании больных психиатрического профиля. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Дополнительные методы исследования в психиатрии: - инструментальные методы диагностики; - лабораторные методы диагностики; - психофизиологические методы диагностики; - экспериментально-психологические и другие методы	УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4	КВ, ПН, ТЗ, Д

					диагностики. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основной метод обследования – клинико-психопатологическое исследование. 2. Использование клинических диагностических шкал при обследовании больных психиатрического профиля. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Сомато-неврологическое обследование. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Дополнительные методы исследования в психиатрии: - инструментальные методы диагностики; - лабораторные методы диагностики; - психофизиологические методы диагностики; - экспериментально-психологические и другие методы диагностики. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4	КВ, ПН, ТЗ, Д
Тема 1.3.	Семинар-практикум	Основы медицинской психологии.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Нозопсихология, психология соматических больных. 2. Методы психокоррекции предболезненных психических расстройств. 3. Основные методы психокоррекции. 4. Аутогенная тренировка. **<u>Практическая подготовка**:</u>**	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8	КВ, ПН, ТЗ, Д

					Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.		
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Нозопсихология, психология соматических больных. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Методы психокоррекции предболезненных психических расстройств. 2. Основные методы психокоррекции. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8	КВ, ПН, ТЗ, Д
	Практическое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Аутогенная тренировка. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8	КВ, ПН, ТЗ, Д
Раздел 2. Общая психопатология.							
Тема 2.1.	Семинар-практикум	Психопатология и патопсихология расстройств восприятия и внимания.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств ощущения и восприятия. 2. Различие между иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами. 3. Патопсихология и психопатология расстройств внимания. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств ощущения и восприятия. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Различие между иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств внимания. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 2.2.	Семинар-практикум	Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств памяти. 2. Патопсихология и психопатология расстройств мышления. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств памяти (непродуктивные расстройства). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств памяти (продуктивные расстройства). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств мышления (непродуктивные расстройства). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств мышления (продуктивные расстройства). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 2.3.	Семинар-практикум	Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательно-волевой сферы.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств эмоций. 2. Патопсихология и психопатология расстройств двигательно-волевой сферы. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств эмоций. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств воли и влечений. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Патопсихология и психопатология расстройств двигательной сферы. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Освоение практических навыков методики осмотра, самостоятельный осмотр пациента.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
Тема 2.4.	Семинар-практикум	Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие о психопатологическом синдроме. 2. Классификация психопатологических синдромов. Разделение психопатологических синдромов по их тяжести. 3. Продуктивные и непродуктивные, простые и сложные, большие и малые, типичные и атипичные синдромы.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

		синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.			4. Астеническая триада признаков. Клинические варианты астенических синдромов. 5. Амнестический синдром (Корсаковский синдром) и другие расстройства памяти. 6. Умственная отсталость, приобретенное когнитивное снижение. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Депрессивный и маниакальный синдромы (стадии развития, смешанные аффективные синдромы). 2. Обсессивно-компульсивный синдром (преимущественно навязчивые мысли, преимущественно навязчивые действия). 3. Ипохондрический синдром (варианты, стадии). 4. Истерический синдром (конверсионные и диссоциативные расстройства). **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Астеническая триада признаков. Клинические варианты астенических синдромов. 2. Амнестический синдром (Корсаковский синдром) и другие расстройства памяти. 3. Умственная отсталость, приобретенное когнитивное снижение. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Депрессивный синдром (стадии развития, смешанные	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					аффективные синдромы). 2. Маниакальный синдром (стадии развития, смешанные аффективные синдромы). 3. Обсессивно-компульсивный синдром (преимущественно навязчивые мысли, преимущественно навязчивые действия). 4. Ипохондрический синдром (варианты, стадии). 5. Истерический синдром (конверсионные и диссоциативные расстройства). 6. Синдром нервной анорексии. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)		
Тема 2.5.	Семинар-практикум	Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Галлюцинозы. 2. Паранойяльный синдром. 3. Параноидный синдром и его разновидности (параноидный, галлюцинаторно-параноидный, Кандинского-Клерамбо). 4. Парафренный синдром. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Кататонический синдром. 2. Гебефренический синдром. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Галлюцинозы. 2. Паранойяльный синдром. 3. Параноидный синдром и его разновидности (параноидный, галлюцинаторно-параноидный, Кандинского-Клерамбо).	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					4. Парафренный синдром. Его разновидности. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Кататонический синдром. 2. Гебефренический синдром. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 2.6.	Семинар-практикум	Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Нарушение сознания и самосознания. 2. Синдромы помрачения сознания: делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно-бредовые варианты, амбулаторные автоматизмы). 3. Судорожный синдром. Судорожные и бессудорожные пароксизмальные психопатологические феномены. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатология выключенного сознания. 2. Психопатология расстройств самосознания. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдромы помрачения сознания: делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно-бредовые варианты, амбулаторные автоматизмы). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д

	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Судорожный синдром. Судорожные и бессудорожные пароксизмальные психопатологические феномены. 2. Дифференциальная диагностика судорожного и истерического припадка. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни)	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Раздел 3. Частная психиатрия.							
Тема 3.1.	Семинар-практикум	Нозологические классификации психических заболеваний. Органические и симптоматические психическое расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса классификации психических расстройств. 2. Современные нозологические классификации психических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 3, Международная классификация болезней (10 и 11 пересмотры) классификация психических и поведенческих расстройств. 4. Многоосевые систематики в психиатрии (DSM-V, RDOC, HITOP и др.). **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 2. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-		4	80%	Краткое содержание занятия:	УК-1, УК-4,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

	практикум				1. Сенильная деменция (старческое слабоумие). 2. Болезнь Альцгеймера 3. Болезнь Пика. 4. Хорея Гентингтона. 5. Болезнь Паркинсона. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Современные клинические классификации психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. 2. Изменения личности у больных атеросклерозом сосудов головного мозга. 3. Интеллектуально-мнестические нарушения у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. 4. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга. 5. Изменения личности при гипертонической болезни. 6. Психотические состояния при гипертонической болезни. 7. Слабоумие при гипертонической болезни. 8. Психические нарушения при гипотонических состояниях. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах. 2. Психические расстройства при энцефалитах. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психические расстройства при соматических заболеваниях. 2. Психические расстройства при эпилепсии. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез органических психических расстройств. 2. Клиничко-диагностические особенности атрофических заболеваний головного мозга: сенильная деменция (старческое слабоумие), болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона. 3. Другие органические психические расстройства. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с органическими психическими расстройствами. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Симптоматические психические расстройства. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах и менинго-энцефалитах.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ПК-4, ПК-5	
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психические расстройства у больных с атеросклерозом сосудов головного мозга. 2. Психические расстройства при гипертонической болезни. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с симптоматическими психическими расстройствами. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 3.2.	Семинар-практикум	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса. 2. Распространенность шизофрении. 3. Этиопатогенез шизофрении. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. 2. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. 2. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Шизотипическое расстройство. 2. Шизоаффективное расстройство. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Острые бредовые расстройства. 2. Хронические бредовые расстройства. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением,	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез расстройств шизофренического спектра. 2. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы при шизофрении. 3. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Шизотипическое расстройство. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Шизоаффективное расстройство. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое		4	80%	Краткое содержание занятия:	УК-1, УК-4,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

	занятие				1. Острые бредовые расстройства. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Хронические бредовые расстройства. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с шизофренического спектра. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 3.3.	Семинар-практикум	Аффективные расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса. 2. Данные о распространенности и этиопатогенезе аффективных расстройств. 3. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. 2. Атипичные варианты депрессий. 3. Психопатологическая характеристика маний. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Биполярное аффективное расстройство, циклотимия. 2. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез аффективных расстройств. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические классификации аффективных расстройств, принятые в РФ и за рубежом. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатологическая характеристика классического варианта депрессий. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Атипичные варианты депрессий.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психопатологическая характеристика маний. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Биполярное аффективное расстройство. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с аффективными расстройствами. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 3.4.	Семинар-практикум	Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. История вопроса, эпидемиология невротических расстройств. 2. Этиопатогенез невротических расстройств. 3. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. 4. Фобические и тревожные расстройства. 5. Обсессивно-компульсивные расстройства. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. 2. Диссоциативные (конверсионные) расстройства. 3. Неврастения. 4. Нервная анорексия. 5. Дисморфофобические и дисморфоманические расстройства. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Соматоформные расстройства. 2. Соматизированные расстройства. 3. Ипохондрическое расстройство. Дифдиагностика между ипохондрическим и соматизированным расстройствами. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психосоматические и сомато-психические взаимодействия. 2. Острые психосоматозы. 3. Современные представления о психосоматических расстройствах. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез невротических расстройств. 2. Современные клинические классификации невротических расстройств, принятые в РФ и за рубежом. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Фобические тревожные расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Обсессивно-компульсивные расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Диссоциативные (конверсионные) расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Неврастения.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Соматоформные расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Соматизированные расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психосоматические расстройства. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными, соматизированными и психосоматическими расстройствами. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 3.5.	Семинар-практикум	Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез расстройств личности. 2. Обобщенные психопатологические критерии расстройств личности. 3. Специфические расстройства личности и их варианты. 4. Понятие акцентуации характера (личности). 5. Патохарактерологическое развитие личности. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Умственная отсталость (клинические варианты). 2. Задержка психического развития, дифдиагностика с олигофренией. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез расстройств личности. 2. Классификации расстройств личности. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Специфические расстройства личности. 2. Смешанные и другие расстройства личности. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга. 2. Расстройства привычек и влечений. 3. Расстройства половой идентификации. 4. Расстройства сексуального предпочтения. 5. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией. 6. Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).		
	Клиническое занятие		4	80%	1. Принципы лечения и реабилитации больных с расстройствами личности. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Умственная отсталость. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных с умственной отсталостью. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Всего за ПА № 1			**384**	308			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2							
Раздел 4. Наркология.							
Тема 4.1.	Семинар-практикум	Общая наркология.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные наркологические синдромы (измененной реактивности, психической, физической зависимости, последствий хронической интоксикации). 2. Этиопатогенетические факторы формирования зависимости. Нейромедиаторный и нейрогуморальный механизмы химической зависимости. Психопатологические аспекты зависимости. 3. Порядок проведения наркологического освидетельствования. Основные методы диагностики в наркологии. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д

					деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.		
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие эпизодического и систематического употребление психоактивных веществ. 2. Факторы риска формирования зависимости от психоактивных веществ. 3. Острая интоксикация психоактивным веществом. Основные подходы в диагностике (включая экспресс-диагностику) и терапии. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Отработка практических навыков в ролевой игре (врач – симулированный пациент), осмотр преподавателем пациентов при активном участии обучающихся, с последующим обсуждением; разбор истории болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные наркологические синдромы (измененной реактивности, психической, физической зависимости, последствий хронической интоксикации). **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенетические факторы формирования зависимости. Нейромедиаторный и нейрогуморальный механизмы химической зависимости. Психопатологические аспекты зависимости. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Порядок проведения наркологического освидетельствования. Основные методы диагностики в наркологии. **Практическая подготовка**:**	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,	КВ, ТЗ, ПН, Д

					Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ПК-4, ПК-5	
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие эпизодического и систематического употребление психоактивных веществ. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Факторы риска формирования зависимости от психоактивных веществ. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Профилактика аддиктивной патологии. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Острая интоксикация психоактивным веществом. Основные подходы в диагностике (включая экспресс-диагностику) и терапии. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
Тема 4.2.	Семинар-практикум	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эпидемиология, этиопатогенез алкоголизма. 2. Стадии алкогольной зависимости, клинические проявления. 3. Клинические особенности алкогольного абстинентного синдрома. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эпидемиология, этиопатогенез алкоголизма. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Донозологические формы употребления алкоголя. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Злоупотребление алкоголем. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Стадии алкогольной зависимости, клинические проявления. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические особенности неосложненного алкогольного абстинентного синдрома. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические особенности осложненного алкогольного абстинентного синдрома. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					(самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Алкогольный амнестический синдром. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Принципы лечения и реабилитации больных алкоголизмом. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 4.3.	Семинар-практикум	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением наркотических и других психоактивных веществ.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от опиоидов. 2. Синдром зависимости от каннабиноидов. 3. Синдром зависимости от кокаина и других наркотиков из числа психостимуляторов. 4. Другие наркомании и полинаркомании. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от других психостимуляторов. 2. Синдром зависимости от седативных средств. 3. Синдром зависимости от галлюциногенов и летучих растворителей. 4. Синдром зависимости от табака. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от опиоидов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от каннабиноидов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от кокаина и других наркотиков из числа психостимуляторов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Другие наркомании и полинаркомании. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от других психостимуляторов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от седативных средств. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Синдром зависимости от галлюциногенов и летучих	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5,	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					растворителей. 2. Синдром зависимости от табака. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	
Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.							
Тема 5.1.	Семинар-практикум	Методы лечения психических расстройств. Основы психофармакологии.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Классификация психотропных препаратов. 2. Принципы терапии психических расстройств. 3. Механизмы действия препаратов, побочные эффекты, показания, дозирование, оценка эффективности. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Основные неотложные состояния в психиатрии, методы их диагностики и лечебная тактика. 2. Основные неотложные состояния в наркологии, методы их диагностики и лечебная тактика. **Практическая подготовка:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Классификация психотропных препаратов. 2. Принципы терапии психических расстройств. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д

					(самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).		
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психофармакология нейролептиков. 2. Психофармакология психодизлептиков. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психофармакология транквилизаторов и седативных средств. 2. Психофармакология снотворных средств. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психофармакология антидепрессантов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Психофармакология нейрометаболических средств, адаптогенов, противоастенических средств и других психотропных препаратов. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные неотложные состояния в психиатрии, методы их диагностики и лечебная тактика. 2. Основные неотложные состояния в наркологии, методы их диагностики и лечебная тактика. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Тема 5.2.	Семинар-практикум	Методы лечения психических расстройств.	4	80%	Краткое содержание темы: 1. Эфферентная терапия. 2. Электросудорожная терапия.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10,	КВ, ТЗ, ПН, Д

		Немедикаментозные методы лечения психических расстройств.			3. Транскраниальная магнитная стимуляция. 4. Нейрохирургическая коррекция. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	ПК-5	
	Семинар-практикум		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Психотерапия в лечении психических расстройств. **<u>Практическая подготовка:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Коммуникация с пациентом, сбор жалоб, анамнеза, доклад о пациенте, осмотр пациента в присутствии преподавателя при участии всех обучающихся, с последующим обсуждением, постановка диагноза, составление плана обследования и реабилитации, работа с медицинской документацией, включая историю болезни.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Эфферентная терапия. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Электросудорожная терапия. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Транскраниальная магнитная стимуляция. 2. Нейрохирургическая коррекция. **<u>Практическая подготовка**:</u>** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д

	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Показания и противопоказания к проведению психотерапии. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Индивидуальная, групповая, семейная психотерапия. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
	Клиническое занятие		4	80%	Краткое содержание темы: 1. Оценка эффективности психотерапии. **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Разбор конкретных клинических случаев (самостоятельный осмотр пациента, работа с историей болезни).	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, ПН, Д
Всего за ПА № 2			**172**	138			
ИТОГО			**556**	446			

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *семинар, практическое занятие.*

*** ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ-ситуационные Д-устный доклад, П – презентация.*

4.6 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.	30	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -работа с атласами, схемами, 3D моделями	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
2	Раздел 2. Общая психопатология.	44	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -работа с атласами, схемами, 3D моделями -решение ситуационных задач -отработка практических навыков клинико-психопатологического обследования пациентов -запись психического статуса осмотренного пациента	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д

			-оценка данных дополнительных методов исследования -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям		
3	Раздел 3. Частная психиатрия.	101	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента -составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
4	Раздел 4. Наркология.	46	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -решение ситуационных задач -оценка данных дополнительных методов исследования -составление ситуационных задач по клиническим случаям -запись психического статуса осмотренного пациента -составление плана обследования, лечения, реабилитации, осмотренного или разобранного по истории болезни пациента -подготовка докладов и презентаций -участие в подготовке проведения клинических разборов	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
5	Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.	33	-изучение учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе -работа с дополнительной литературой, информационными базами данных -подготовка докладов и презентаций по клиническим случаям	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
	Всего:	**254**	Из них на практическую подготовку -127 час.		

**Оценочные средства:* *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Д – подготовка к докладу*

Примерные темы для докладов:

1. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
2. Становление клинико-психопатологического метода исследования.
3. Особенности опроса пациентов психиатрического профиля и объективизации полученных сведений.
4. Основные этиопатогенетические концепции психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
5. Психические расстройства при травмах.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств				
		КВ	**ТЗ**	**СЗ**	**ПН**	**Д**
Текущий контроль	Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.	21	15	-	14	30
	Раздел 2. Общая психопатология.	79	39	19	4	60
	Раздел 3. Частная психиатрия.	119	60	26	-	93
	Раздел 4. Наркология.	51	20	6	5	37
	Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.	20	10	3	9	20
ИТОГО		290	144	54	32	240

**Оценочные средства:* *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад*

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ, ТЗ, СЗ, ПН Д
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д

5.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине:

Промежуточная аттестация № 1 - зачет с оценкой

Промежуточная аттестация № 2 - зачет с оценкой

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.
«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос обучающийся допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:
«Отлично» -ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.
«Хорошо» -ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.
«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.
«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
2 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
3этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

5.4. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Виды оценочных средств	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	1. Аггравация: a) Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни b) Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики» c) Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию d) Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом e) 5. Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни	УК-1, ОПК-4, ПК-4
СЗ	**1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** **Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ** **Основная часть** Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующим беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался. Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности». **Вопрос:** 1. Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?	УК-1, ОПК-4, ПК-4
КВ	1. Понятие нормы в медицине. 2. Понятие болезни в медицине. 3. Взаимоотношение нормы и патологии, здоровья и болезни. 4. Болезнь и больной, их взаимоотношение. 5. Виды реакций больного на болезнь.	УК-1, ОПК-4, ПК-4

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее -ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися

образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice
Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России http://moodle-new.almazovcentre.ru/
САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (https://www.books-up.ru/)
ЭБС «Юрайт» (https://urait.ru/)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (https://speclit.profy-lib.ru/)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
Научная электронная библиотеке http://elibrary.ru/

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex (http://www.google.ru; http://www.rambler.ru; http://www.yandex.ru/)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (http://www.multitran.ru/)
Университетская информационная система РОССИЯ (https://uisrussia.msu.ru/)
Публикации ВОЗ на русском языке (https://www.who.int/ru/publications/i)
Международные руководства по медицине (https://www.guidelines.gov/)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (http://www.femb.ru)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (https://minzdrav.gov.ru)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Демьянов, Ю. Г. Основы психиатрии: учебник для вузов / Ю. Г. Демьянов. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 308 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/536743
2. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. - 3-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458761.html
3. Ковалев, Ю. В. Психиатрия: учебник для вузов / Ю. В. Ковалев, А. Р. Поздеев. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 251 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/520257
4. Дереча, В. А. Психопатология: учебник и практикум для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 291 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/518290
5. Панкова, О. Ф. Современные психотропные средства, используемые в психиатрии: учебное пособие для вузов / О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В. Абрамов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 135 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/496872
6. Залевский, Г. В. Введение в клиническую психологию: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/541811
7. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html

Дополнительная литература:

1. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Медицинское информационное агентство, 2017. - Текст: электронный // URL:https://www.medlib.ru/library/library/books/4874
2. Депрессивное расстройство / Г. Э. Мазо, Н. Г. Незнанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442500.html
3. Белялов, Ф. И. Психосоматика / Белялов Ф. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 360 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450741.html
4. Букановская Т. И. Психопатологическая пропедевтика: методика диагностики психических расстройств / Букановская Т. И. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451045.html
5. Тювина, Н.А. Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика / Н.А. Тювина. - 2-е издание, переработанное и дополненное. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970480199.html
6. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. - 3-е изд., стер. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 384 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458761.html

7. Бурдаков, А. Н. Психофармакотерапия в детской психиатрии / А. Н. Бурдаков - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441909.html
8. .Александровский, Ю. А. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. - Москва: Литтерра, 2014. - 1080 с. - (Серия "Рациональная фармакотерапия"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:

– «Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2022.
- Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODLE https://moodle-new.almazovcentre.ru

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:

– Методическое материалы по дисциплине «Психиатрия» для специальности 31.08.20 Психиатрия, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова», 2024.
- Ссылка на учебно-методические материалы в системе MOODLE https://moodle-new.almazovcentre.ru

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Психиатрия» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.20 Психиатрия Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Психиатрия» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) -укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций -укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации – укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том

числе связанные с медицинскими вмешательствами: специализированные медицинские отделения, палаты и ординаторские, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Психиатрия» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.20 Психиатрия.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины «Психиатрия» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Психиатрия» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины «Психиатрия» обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПСИХИАТРИЯ»

Специальность ординатуры	**31.08.20 Психиатрия**
Направленность	**Психиатрия**
Квалификация	**Врач–психиатр**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 год**а

Санкт-Петербург
2024

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «ПСИХИАТРИЯ»

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Организационно-правовые основы психиатрии. Основы медицинской психологии.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4	КВ, ТЗ, ПН, Д
Раздел 2. Общая психопатология.	УК-1, ОПК-4, ПК-4	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
Раздел 3. Частная психиатрия.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, Д
Раздел 4. Наркология.	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д
Раздел 5. Методы лечения психических расстройств.	УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, ПН, Д

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад*

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах.

ПК-4. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи.

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции -

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Определяет методологию системного подхода	Знает: методы получения и анализа информации о современных	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном,	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д

при анализе достижений в области медицины и фармации.	направлениях развития психоиатрии, новых технолопиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения.	персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психиатра; излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально- этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: современные направления развития психиатрии, новые технологии в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов; возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине;	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: анализировать в профессиональном контексте полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: методы формальной логики;	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

	Умеет: самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели; исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патолопии; собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: основы социальной психолопии; современные средства информационно-коммуникационных технолопий;	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психолопии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	Знает: важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях;	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психолопии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива.	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов;	Сформированные систематические знания особенностей современной социальной психолопии и методов инормационно – коммуникационных технологий.	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
	Умеет: применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Успешное и систематическое умение следовать основным социокультурным нормам, принятым в профессиональных отношениях.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство

общепрофессиональных компетенций			
ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента.	Знает: основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях; особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями;	Правильность и полнота ответа о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях в области медицины и формации по диагностике и лечению пациентов Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями;	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	Знает: принципы клинико-психопатологического и основные физикальные методы обследования пациентов; современные методы клинической, лабораторной, инструментальной, нейрофизиологической диагностики заболеваний и (или) состояний психики; возможные осложнения, нежелательные реакции, возникающие в результате; диагностических процедур у пациентов при психических заболеваниях;	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности выбора, получения и анализа информации о современных направлениях развития психиатрии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации использования приказов и других нормативных документов Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; изложения собственной точки зрения после анализа полученной научной информации, с соблюдением морально-этических норм аргументации, для участия в дискуссии и проведении круглых столов. Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: исследовать и интерпретировать психический статус пациента, выделять психопатологические синдромы; ставить диагноз; обосновывать и планировать объем лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

	медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); интерпретировать и анализировать результаты лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики.		
ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения).	Знает: клинические и лабораторные проявления патолопических состояний, симптомов, синдромов психических расстройств, нозологических форм; клиническую классификацию психических расстройств; порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях показания и порядок госпитализации в психиатрическое отделение.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом расстройстве; использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; производить дифференциальную диагностику психических расстройств; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических расстройствах.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	Знает: стандарты и клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при психических расстройствах и (или) состояниях психики; современные методы лечения основных основных психических расстройств;	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: разрабатывать план лечения пациентов при психических расстройствах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; проводить мониторинг заболевания и (или) состояния психики, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-5.2. Оценивает эффективность и	Знает: механизм действия лекарственных	Правильность и полнота ответа о пациент-	Для текущего контроля:

безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в психиатрии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; методы немедикаментозного лечения, применяемые в психиатрии, показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные.	ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: назначать лекарственные препараты, немедикаментозное лечение, медицинские изделия и лечебное питание пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств.	Знает: способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов с психическими расстройствами.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с психическими расстройствами; предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	Знает: медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических расстройствах; механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических расстройствах в	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной

	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с психическими расстройствах и, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); определять медицинские показания для направления пациентов с психическими расстройствами к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкалы и критерии оценивания	аттестации: СЗ
ОПК-6.2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	Знает: методы медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания	Знает: способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с психическими расстройствами.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами; выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов с психическими расстройствами на всем протяжении выполнения реабилитационных программ.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		оценивания	
ОПК-7.1. Направляет пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или психическими расстройствами, для прохождения медико-социальной экспертизы.	Знает: медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими расстройствами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими расстройствами и (или) состояниями психики, на прохождение медико-социальной экспертизы; определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими расстройствами.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-7.2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.	Знает: требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов с психическими расстройствами.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психических расстройств и (или) состояний психики.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-7.3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.	Знает: порядок выдачи листков нетрудоспособности.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическими расстройствами и (или) состояниями психики.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации:

		о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	СЗ
ОПК-8.1. Проводит санитарно-просветительную работу по сохранению здоровья пациентов, формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	Знает: основы здорового образа жизни, методы его формирования; формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических расстройств.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических расстройств.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-8.2. Способен осуществлять диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами.	Знает: факторы риска развития основных психических расстройств.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления психических расстройств, основных факторов риска их развития.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-8.3. Проводит медицинские осмотры, диспансерное наблюдение за пациентами с психическими расстройствами в соответствии с нормативными правовыми актами.	Знает: первичную и вторичную профилактику основных психических расстройств.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими расстройствами.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения.	Знает: требования нормативных документов по анализу медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения и порядок его проведения.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными	Знает: правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: составлять план работы и отчет о своей работе; заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения; использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	Знает: требования нормативных документов по организации деятельности медицинского персонала психиатрических учреждений и подразделений.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: организовывать деятельность медицинского персонала психиатрических учреждений и подразделений.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу	Знает: методику клинического обследования при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной

жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме.	экстренной медицинской помощи.	медицине; Шкала и критерии оценивания	аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: провести клинический осмотр пациента и оценить состояние жизненно-важных функций его организма.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания).	Знает: признаки состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: оказывать медицинскую помощь в неотложной форме.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	Знает: алгоритм оказания неотложной помощи при психических расстройствах или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента; перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при психических расстройствах или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента.	Правильность и полнота ответа о пациент-ориентированном, персонифицированном подходе в современной медицине; Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме; оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий.	Соответствие уровня клинического критического мышления возможности адекватного анализа полученной информации о новых достижениях в области медицины и фармации Шкала и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-4.1. Формулирует предварительный	Знает: особенности этиологии и патогенеза,	Правильность и полнота ответа о	Для текущего контроля:

диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	основных клинических проявлений психического расстройства; порядок проведения дифференциальной диагностики; принципы формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней; критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патолопического процесса; современные методы лабораторных исследования при диагностике патолопического процесса и определении его активности; порядко клинико-психопатологического обследования.	жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Соответствие порядку оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: провести всестороннее клинико-психопатолопическое оследование, опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом расстройстве; выявить характерные признаки имеющегося психического расстройства; обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психическим расстройством в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патолопического процесса и определении его активности; установить диагноз пациенту с психическим расстройством с учетом действующей МКБ.	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ПК-4.2. Направляет пациента на лабораторное и/или инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими	Знает: современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патолопического процесса; обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний,	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.		современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Соответствие порядку оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	
	Умеет: выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания; обосновать и составить направление пациента для прохождения лабораторного и/или инструментального обследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ПК-4.3. Проводит диагностику психического расстройства в соответствии с критериями действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.	Знает: критерии и порядок формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней.	Правильность и полнота ответа о жалобах, течении, этиологии, патогенезе, классификации, клинической картине, дифференциальном диагнозе психических заболеваний, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Соответствие порядку оказания медицинской	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

		помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	
	Умеет: провести дифференциальную диагностику психического расстройства; поставить и обосновать окончательный диагноз пациенту с психическим расстройством с учетом действующей МКБ.	Соблюдение алгоритма исследования психического статуса пациента, выделения синдромов, постановки клинического диагноза с использованием соответствующих шкал, дифференциального диагноза. Соответствие обоснованности и объема, запланированного лабораторного, инструментального, нейрофизиологического обследования, организации маршрутизации пациентов с действующим порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ПК-5.1. Определяет план лечения психического расстройства с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Знает: показания к назначению больному психотропных средств; порядок разработки обоснованной схемы современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии; порядок разработки схемы обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения;	Соответствие порядку, клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: провести комплексное лечение больного психиатрического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, психокоррекцию; составлять план лечения психического расстройства с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	Соответствие обоснованности и объема запланированного лечения действующим порядкам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам,	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

	помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания.	нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	
ПК-5.2. Осуществляет оказание психиатрической помощи, при необходимости, во взаимодействии с другими врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	Знает: клинические показания для срочной или плановой госпитализации, или перевода больного психиатрического профиля на лечение к другому специалисту;	Соответствие порядку, клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания наладить взаимодействие с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками в оказании медицинской помощи больным психиатрического профиля.	Соответствие обоснованности и объема запланированного лечения действующим порядкам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ
ПК-5.3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	Знает: порядок организации, с учетом современных данных, персонализированного лечения больных психиатрического профиля, в т.ч. женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Соответствие порядку, клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами на всех этапах оказания медицинской помощи. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, Д Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: провести, с учетом современных данных, персонализированное лечение больных психиатрического профиля, в т.ч. женщин, лиц молодого и пожилого возраста.	Соответствие обоснованности и объема запланированного лечения действующим порядкам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др. Шкалы и критерии оценивания	Для текущего контроля: СЗ, ПН Для промежуточной аттестации: СЗ

*Сокращения оценочных средств:
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:
«Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.
«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос обучающийся допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:
«Отлично» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.
«Хорошо» - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.
«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.
«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

Критерии оценивания при демонстрации практических навыков:
«Отлично» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.
«Хорошо» - демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции.
«Удовлетворительно» - демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.
«Неудовлетворительно» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.
Результирующая оценка по итогам изучения раздела дисциплины в семестре рассчитывается как средняя всех форм текущего контроля.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции или компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.

Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой / зачет сценкой.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
2 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
3 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
2этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
3этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Сокращения оценочных средств:
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки
Р/Д – темы рефератов/докладов

Тема 1.1. Организационно-правовые основы психиатрии.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9).

1. Организация психиатрической помощи в РФ.
2. Основные нормативные документы, регламентирующие вопросы охраны здоровья населения в Российской Федерации.
3. Правовые основы недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
5. Содержание Закона о наркотиках и психотропных средствах. Определения понятий «наркотики» и «психотропные средства».
6. Права граждан с наркологической и психической патологией, направляемых на амбулаторное и стационарное лечение.

Практические навыки (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9).

Составить регламент организации психиатрической помощи в лечебном учреждении на основании требований основных руководящих документов.

Определить основные статистические показатели деятельности стационара: среднегодовая занятость больничной койки, оборот койки, выполнение территориального норматива объема стационарной помощи населению.

Составить план просветительной работы о ведении здорового образа жизни.

Оформить историю болезни, медицинскую карту амбулаторного больного.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9).

1. Соблюдение врачебной тайны необходимо
   a. Для защиты внутреннего мира человека, его автономии
   b. Для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
   c. Для защиты социальных и экономических интересов личности
   d. Для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент»
   e. Для поддержания престижа медицинской профессии
   f. Для всего перечисленного: Для защиты внутреннего мира человека, его автономии; Для охраны от манипуляций со стороны внешних сил; Для защиты социальных и экономических интересов личности; Для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент»; Для поддержания престижа медицинской профессии

2. Документами для составления годового отчета о деятельности поликлиники являются:
   a. Статистический талон заключительных (уточненных) диагнозов
   b. Дневник (журнал) врача
   c. Контрольная карта диспансерного наблюдения больного
   d. Листок учета больных и коечного фонда
   e. Карта выбывшего из стационара

3. Основные профессиональные обязанности и права медицинских и фармацевтических работников регламентируются:
   a. Нормами уголовного и гражданского права РФ
   b. Нормами врачебной этики и деонтологии
   c. Ведомственными приказами, положениями, инструкциями
   d. Нормативами отраслевого профсоюза
   e. Условиями трудового договора

4. Одной из главных задач обязательного медицинского страхования (ОМС) является:
   a. Обеспечение финансирования мед. учреждений
   b. Дифференциация медицинской помощи
   c. Рациональное использование медицинских кадров и финансовых средств
   d. Обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы ОМС

5. Уголовная ответственность предусматривается за:
   a. Хищение наркотических лекарственных средств
   b. Незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств
   c. Нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок

наркотических лекарственных средств

d. Потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9).

1. Организационно-правовые основы психиатрической помощи в РФ.
2. Основные требования нормативных документов, регламентирующих деятельность врача-психиатра.
3. Порядок недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.
4. Диспансерно-динамическое наблюдение за лицами с психическими расстройствами.
5. Психиатрическое освидетельствование – виды и порядок проведения.
6. Права и обязанности медицинских работников при оказании психиатрической помощи.
7. Права и обязанности пациентов психиатрических стационаров.
8. Медицинская статистика в оказании психиатрической помощи.
9. Основные статистические показатели деятельности психиатрического стационара.
10. Современные тенденции к определению требований к оформлению медицинской документации.

Тема 1.2. Методы диагностики психических расстройств.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4).

Классификация методов исследования психически больных.

Особенности клинико-психопатологического обследования.

Использование клинических диагностических шкал при обследовании больных психиатрического профиля.

Порядок описания психического статуса.

Дополнительные методы исследования в психиатрии.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4).

1. Основным методом исследования в психиатрии является:

a. Электроэнцефалографический
b. Инструментальный
c. Клинико-психопатологический
d. Психологический
e. Генетический
f. Эпидемиологический
g. Иммунологический

2. Клинико-психопатологическое исследование больных осуществляется путем:

a. Беседы с родственниками больного
b. Наблюдения
c. Опроса и наблюдения
d. Сбора анамнестических сведений
e. Анализа данных инструментального исследования

3. Генетические исследования имеют наибольшее значение при диагностике:

a. Экзогенных психических заболеваний
b. Эндогенных психических заболеваний
c. Умственной отсталости
d. Экзогенно-органических психических заболеваний
e. Эндогенно-органических психических заболеваний
f. Невротических расстройств

4. Основными частотными диапазонами ЭЭГ являются:

a. Дельта-, тэта- и бета-диапазоны
b. Дельта-, тэта- и альфа-диапазоны
c. Тэта-, альфа- и бета-диапазоны
d. Дельта-, альфа- и бета-диапазоны
e. Дельта-, тэта-, альфа- и бета-диапазоны

5. К психофизиологическим методам исследования в психиатрии относят:
a. Методы оценки показателей умственной и физической работоспособности
b. Методы изучения интеллекта
c. Физиологические методы оценки психического состояния
d. Методы изучения особенностей эмоциональной сферы больных

Практические навыки (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4).

1. Оценить основные симптомы синдромы основных психиатрических и наркологических заболеваний
2. Провести первичный осмотр пациента.
3. Спланировать объем необходимого обследования для диагностики психической патологии
4. Составить план обследования пациента.
5. Оценить данные лабораторных и инструментальных методов в ходе диагностики психической патологии.

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ПК-4).

1. Особенности и порядок проведения клинико-психопатологического исследования.
2. Порядок описания психического статуса.
3. Особенности объективизации данных при сборе жалоб и анамнеза.
4. Клинические диагностические шкалы в обследовании больных психиатрического профиля.
5. Возможности лабораторных методов в диагностике психических расстройств.
6. Возможности психофизиологических методов в диагностике психических расстройств.
7. ЭЭГ и регистрация вызванных потенциалов – значение методов в диагностике психических расстройств.
8. Нейровизулазация в диагностике психических расстройств.
9. Потенциал генетических исследований в диагностике психических расстройств.
10. Основные методы экспериментально-психологического исследования.

Тема 1.3. Основы медицинской психологии.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8).

1. Понятие нормы в медицине.
2. Понятие болезни в медицине.
3. Взаимоотношение нормы и патологии, здоровья и болезни.
4. Болезнь и больной, их взаимоотношение.
5. Виды реакций больного на болезнь.
6. Понятие предболезни.
7. Роль психологических факторов в нозогенезе.
8. Психокоррекция, ее виды.
9. Роль и место медицинского психолога в психокоррекции.
10. Цель и задачи психокоррекции.

1. **Тестовые задания** (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-

5, ОПК-6, ОПК-8).

Психика определяется как:

a. Состояние души
b. Особое свойство высокоорганизованной материи
c. Результат влияния окружающей среды

2. Психика у человека проявляется в следующих видах:

a. Психические свойства личности
b. Психодиагностика
c. Психические состояния
d. Психопрофилактика
e. Психические процессы
f. Психотерапия

3. Какие из понятий относятся к основным видам психических процессов?

a. Ощущение
b. Мотив
c. Воля
d. Характер
e. Воображение

4. Какие из понятий относятся к эмоционально-волевым психическим процессам?

a. Чувства
b. Внимание
c. Воля
d. Эмоции

5. Аггравация:

a. Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
b. Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики»
c. Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
d. Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
e. Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни

Практические навыки (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8).

1. Сформулировать понятие нормы и патологии, болезни и здоровья в психиатрии.
2. Определить роль и место медицинского психолога в психокоррекционных мероприятиях
3. Сформулировать цели и задачи психокоррекции
4. Интерпретировать основные понятия медицинской психологии
5. Оценить различные виды реакций больного на болезнь

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8).

1. Проблема соотношения понятий нормы и патологии, здоровья и болезни.
2. Биопсихосоциальная модель здоровья.
3. Болезнь и больной, нозопсихология, психология соматических больных.
4. Врач и больной, этика и деонтология в медицине.

5. Сомато-психические и психосоматические взаимоотношения в организме.
6. Влияние среды на лечебный процесс.
7. Принципы и методы психокоррекции предболезненных психических расстройств.
8. Релаксационные методы.
9. Аутогенная тренировка.
10. Десенсибилизация посредством движения глаз.

Тема 2.1. Психопатология расстройств восприятия и внимания.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Дифференциальные различия между иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами, объективные признаки расстройств восприятия.
2. Дифференциальная диагностика между истинными и псевдогаллюцинациями.
3. Основные виды расстройств внимания, их объективные признаки.
4. Ощущение и его патология.
5. Классификация сенестопатий и их проявления.
6. Внимание и его патология.

1. Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).
Истинным галлюцинациям свойственны:
a. Проекция галлюцинаторных образов «вовнутрь»
b. Чувственная яркость, живость
c. Наличие критического отношения
d. Мнестические расстройства

2. «Нарушение восприятия времени» относится к:
a. Галлюцинациям
b. Психосенсорным расстройствам
c. Сенсопатиям
d. Иллюзиям

3. Апрозексия – это:
a. Неспособность к длительному сосредоточению
b. Повышенная переключаемость внимания
c. Сужение «поля внимания»
d. Полное отсутствие («выпадение») внимания

4. Гиперметаморфоз – это:
a. «Выпадение» внимания
b. Сужение «поля внимания»
c. Повышенная переключаемость внимания, отвлекаемость
d. Снижение переключаемости, внимания

5. Слабодушие характерно для:
a. Шизофрении
b. Алкогольных психозов
c. Умственной отсталости
d. Сосудистых заболеваний головного мозга

Ситуационные задачи (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К., 23 года. До недавнего времени – практически здоров, закончил школу, прошел службу в Вооруженных Силах по призыву. После увольнения с военной службы вернулся домой, работает водителем. В прошлом году попал в дорожно-транспортное происшествие, имела место черепно-мозговая травма средней степени, лечился амбулаторно. В последующим беспокоили периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, повышенная утомляемость, тем не менее успешно справлялся с производственными нагрузками, но к врачам не обращался.
Поводом для обращения за медицинской помощью явились жалобы, появившиеся на протяжении последнего месяца. Субъективно обратил внимание на непереносимость обычных звуковых раздражителей («прошу дома телевизор и радио сделать тише, все звуки кажутся чрезмерно громкими»), изменилось ощущение восприятия света («такое впечатление, что снег ослепляет, дома не могу смотреть на включенную настольную лампу»), раздражает прикосновение одежды к телу, обычная пища кажется «чрезмерно горячей». Критически оценивает свои жалобы, просит излечить его от «острой чувствительности».
Вопрос:
Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной А., 34 года, рабочий. На протяжении последних 10-12 лет злоупотребляет алкоголем, пьет по 5-7 дней в дозе 500-700 мл ежедневно, тяжело переносит похмелье, по поводу «тяги» к спиртному дважды лечился амбулаторно у нарколога, дома – частые конфликты с женой по поводу пьянства. На прием к психиатру доставлен супругой, со слов которой «три дня назад, после очередной пьянки, стал каким-то тревожным, к чему-то прислушивается, затыкает уши руками, с кем-то переговаривается, ругается». При осмотре: внешне – тревожен, суетлив, в то же время понимает, где находится и с кем беседует. Сообщает, что в последние дни стал «слышать» знакомые и незнакомые голоса, которые «идут с улицы, из соседних домов», «разговариваю с ними, как с живыми…». Уверен в реальности происходящего, переговаривается с ними, объяснить причину их возникновения не может, больным себя не считает.
Вопрос:
Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

3.СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Б., 16 лет, ученик средней школы. Рос и развивался нормально, учится хорошо,

занимался спортом. Два месяца назад перенес грипп с высокой температурой, в последующем оставался астенизированным, с трудом справлялся с учебной программой, перестал посещать спортивную секцию. Поводом для обращения к психиатру стали жалобы подростка, на которые обратили внимание родители подростка. Заявлял, что на улице «машины как-то уменьшились в размерах, а дома стали казаться очень большими». Некоторые предметы. Например – «деревья, столбы», воспринимал как «искореженные, будто бы в мультфильмах», улица казалась «бесконечной». Лестница дома «как будто вела в небо». При этом ориентировки в окружающем не терял, считал, что «на самом деле ничего не изменилось, все осталось на своих местах, мне это только кажется». Излагая свои болезненные переживания, остается внешне спокойным, охотно беседует, просит «дать лекарства, чтобы все воспринималось по-прежнему».
Вопрос:
Какие психопатологические симптомы являются ведущими в этом клиническом наблюдении?

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).
1. Сенсопатии и сенестопатии, разновидности, особенности клинического проявления и диагностики.
2. Иллюзии, классификация и клинические проявления.
3. Парейдолии – особенности патогенеза и клинических проявлений.
4. Истинные и псевдогаллюцинации, особенности клинических проявлений.
5. Классификация и основные клинические разновидности галлюцинаций.
6. Вербальные и императивные галлюцинации, их влияние на поведение больного.
7. Изменение течения времени под влиянием болезненных переживаний.
8. Аутометаморфопсии.
9. Метаморфопсии.
10. Изменение схемы тела и соотношение с явлениями дисморфофобии и дисморфомании.

Тема 2.2. Психопатология и патопсихология расстройств памяти и мышления.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).
1. Что относится к расстройствам процесса мышления?
2. Структурные нарушения мышления.
3. Навязчивости.
4. Сверхценные идеи.
5. Чем характеризуются бредовые идеи?
6. Классификация бредовых идей.
7. Интерпретативный и чувственный (образный) бред?
8. Чем характеризуется дереализация?
9. Что относится к расстройствам памяти?
10. Парамнезии.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).
1. Мышление – это:
a. Опосредованное, обобщенное отражение действительности
b. Процесс отражения объективной реальности, составляющий высшую ступень человеческого познания
c. Процесс отражения внутренних связей предметов и явлений

2. Бессвязность и разорванность мышления относятся к:
a. Бредовым идеям
b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса

c. Обсессиям
d. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса
e. Сверхценным идеям

3. Бредовые идеи являются признаком:
a. Расстройств невротического уровня
b. Расстройств психотического уровня
c. Могут наблюдаться на любом из вышеперечисленных уровней
d. Могут наблюдаться и у психически здоровых, и у психически больных лиц

4. Основные признаки навязчивых идей:
a. Нарушения сознания
b. Непроизвольность возникновения
c. Расстройство внимания
d. Признаки слабоумия
e. Сохранность критического отношения к навязчивостям

5. Конфабуляции – это:
a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его Исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
b. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний
c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
d. Периодически возникающая страсть к воровству
e. Транзиторно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, образов, представлений

Ситуационные задачи (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
«Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Софронову на мусорной раме прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Смирнов очень хороший зверь. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки без понимания цилиндра…»
Вопрос:
К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
«Смотря что понимать под термином «самочувствие». Если ранжировать физиологические, психологические, социальные и характерологические составляющие, то первые две у меня относительно в норме, у оставшихся же имеется отчетливая тенденция к отрыву от общепринятых личностно-государственных нормативов. Понятие «нормы» в современном историческом этапе развития человечества неоднозначно. Так, я могу быть нормальным по отношению к государству и ненормальным с точки зрения своего семейного обитания, или наоборот, а с помощью математики можно рассчитать неограниченное число вариантов в системе «Я – самочувствие – норма». Идеально здоровых людей в мире не существует, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно; болезни – расплата за прогресс. Прогресс привел человека в космос, а самочувствие человека в космосе отличается от его здоровья на Земле…»
Вопрос:
К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного в ответ на вопрос врача о самочувствии?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С., 43 года, инженер. По характеру – сенситивный, склонный к пониженной самооценке, легко ранимый. На протяжении всей жизни был склонен к немотивированным колебаниям настроения в сторону его понижения продолжительностью до 2-3 недель, но к врачам по этому поводу не обращался. На протяжении последних 3-4 месяцев пониженное настроение приобрело стойкий характер, значительно усилилось по сравнению с предшествующими эпизодами. Тем не менее, продолжал работать, хотя и справлялся с производственными обязанностями с большим трудом. Поводом для обращения к психиатру стали высказывания С., насторожившие его семью.
Заявлял, что считает себя виновным в своей профессиональной несостоятельности (хотя по работе всегда характеризовался как ответственный и исполнительный), считал себя «плохим отцом и никчемным мужем» (хотя отношения в семье всегда были естественные и доброжелательные), вспоминал ряд несущественных эпизодов в жизни, где, по его мнению, «вел себя неблаговидно, вопреки совести», заявлял, что «из-за таких, как он, в стране хаос и беспорядок». Пришел к выводу, что он – «государственный преступник, который должен понести заслуженное наказание», был фиксирован на собственной «никчемности и бесполезности». Полностью уверен в правоте своих убеждений, не принимает к сведению многочисленные и объективные контраргументы со стороны родственников и сослуживцев.
Вопрос:
Какой психопатологический симптом является ведущим в этом клиническом примере?

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).
1. Амнезии, классификация и клинические проявления.
2. Закон Рибо-Джексона.
3. Конфабуляции.
4. Криптомнезии.
5. Псевдореминисценции.
6. Обсессии.
7. Сверхценные идеи.
8. Первичный интерпретативный бред.

9. Вторичный (чувственный, образный) бред.
10. Индуцированный бред.

Тема 2.3. Психопатология и патопсихология расстройств эмоций и двигательно-волевой сферы.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Воля и ее патология.
2. Влечение и его патология.
3. Основные виды расстройств двигательно-волевой сферы, их объективные признаки.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Дисфории чаще возникают при:
   a. Неврозах
   b. Эпилепсии
   c. Шизофрении
   d. Сосудистых деменциях

2. Эйфория проявляется:
   a. Беспечностью
   b. Сентиментальностью
   c. Благодушием
   d. Злопамятностью

3. Характерным признаком апатоабулического синдрома считают:
   a. Похудение и потерю аппетита
   b. Молчание и обездвиженность
   c. Пониженную самооценку и пессимизм
   d. Безразличие и равнодушие

4. К расстройствам влечений относятся
   a. Эхопраксия
   b. Клептомания
   c. Анорексия
   d. Гипомания

5. Гипертимия характеризуется следующими признаками:
   a. Дурашливое поведение, вычурные позы
   b. Неадекватный аффективный ответ
   c. Чувство безграничной радости и веселости
   d. Ускоренный темп мыслительных процессов

Практические навыки (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Оценить психопатологические расстройства эмоциональной сферы пациента.
2. Провести наблюдение за пациентом и описать расстройства двигательно-волевой сферы.
3. Оценить качество и характер волевых побуждений посредством сбора жалоб и анамнеза.
4. Провести теппинг-тест и оценить его результаты.

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Болезненное снижение настроение.
2. Болезненное повышение настроения.

3. Болезненная психическая анестезия.
4. Апатия, эмоциональное уплощение, эмоциональная тупость, эмоциональная холодность – особенности клинических проявлений.
5. Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы.
6. Расстройства воли.
7. Расстройства влечений.
8. Стереотипии.
9. Разновидности психомоторного возбуждения.
10. Разновидности ступоров.

Тема 2.4. Классификация психопатологических синдромов. Астенический синдром, амнестический синдром, синдромы слабоумия. Аффективные и невротические синдромы.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Понятие психопатологического синдрома и симптомокомплекса.
2. По каким основаниям и как классифицируют психопатологические синдромы?
3. В чем отличие продуктивных (позитивных) и непродуктивных (негативных) синдромов, чем определяются простые и сложные синдромы?
4. Чем определяются типичные и атипичные синдромы?
5. Назовите круги Снежневского для продуктивных психопатологических синдромов.
6. Назовите круги Снежневского для дефицитарных психопатологических синдромов.
7. Структура, стадии и клинические формы астенического синдрома.
8. Особенности интеллектуально-мнестических нарушений при астении.
9. Вегетативно-соматические нарушения при астении.
10. Этиопатогенез астений.
11. Структура Корсаковского синдрома.
12. Проявления тотального и парциального психического инфантилизма.
13. В чем разница между тотальным и лакунарным слабоумием?
14. Что характерно для астенического синдрома после соматического заболевания?
15. Особенности астенического синдрома после черепно-мозговой травмы?
16. Чем характеризуется классическая депрессивная триада?
17. Что относится к признакам идеаторного депрессивного торможения?
18. Что относится к признакам депрессивного двигательного торможения?
19. Что относится к сложным вариантам депрессивного синдрома?
20. Что относится к соматическим признакам депрессии?
21. Назовите простые и сложные варианты маниакального синдрома?
22. Что характерно для гипоманиакального состояния?
23. Чем характеризуется маниакальная триада?
24. Что относится к признакам гипоманиакального состояния?
25. Чем характеризуется обсессивно-фобический синдром?
26. Чем проявляется ипохондрический синдром?
27. Что является особенностью паранойяльной ипохондрии?
28. Чем отличается ипохондрия от нозофобии?
29. Этапы развития ипохондрического синдрома.
30. Структура и основные клинические проявления истерического синдрома.
31. Чем проявляется истерический припадок, его отличия от эпилептического припадка?
32. Структура и основные клинические проявления синдрома дисморфофобии-дисморфомании.
33. Структура и основные клинические проявления синдрома нервной анорексии.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Клиническое содержание культурально-специфического синдрома «АМОК»:
a. Астения
b. Тревога
c. Острая гомицидомания
d. Суицидальные идеи
e. Деменция

2. Триада основных компонентов аффективных синдромов включает в себя:
a. Моторный
b. Сенсорный
c. Галлюцинаторный
d. Идеаторный
e. Параноидный
f. Аффективный
g. Астенический

3. Гипертимия характерна для следующего психопатологического синдрома:
a. Параноидного
b. Кататонического
c. Маниакального
d. Астенического

4. Маниакальный ступор относится к группе аффективных синдромов:
a. Простых
b. Сложных
c. Смешанных

5. «Астеническая триада» включает в себя:
a. Метеозависимость
b. Нарушения сна
c. Снижение аппетита, потеря в весе
d. Суицидальные тенденции
e. Висцеро-вегетативные расстройства
f. Ипохондричность
g. Повышенная психическая и физическая истощаемость
h. Сексуальные расстройства

6. Истерический синдром характеризуется следующей триадой признаков:
a. Тревожно-мнительные особенности личности
b. Диссоциативные расстройства
c. Выраженные мнестические нарушения
d. Истероидные особенности личности
e. Нарушения самосознания
f. Дереализационные расстройства
g. Конверсионные расстройства
h. Иллюзорно-галлюцинаторные переживания

7. Фобии и компульсии входят в структуру синдрома:
a. Онейроидного
b. Истерического
c. Кататонического

d. Обсессивного
e. Корсаковского
f. Астенического

8. Патологическая фиксация на проблемах своего здоровья, поиски мнимых заболеваний характеризуют синдром:
a. Обсессивно-фобический
b. Гебефренический
c. Ипохондрический
d. Депрессивный
e. Астенический

9. Фиксационная амнезия характерна для следующего психопатологического синдрома:
a. Паранойяльного
b. Делириозного
c. Синдрома Корсакова
d. Астенического
e. Обсессивного

Ситуационные задачи (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная В., 42 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенные в детстве заболевания не помнит. Окончила 8 классов, работала в колхозе. В 29 лет перенесла черепно-мозговую травму, после которой около года не могла говорить. В дальнейшем начала ухудшаться память: забывала о назначенной встрече, дни рождения родственников и т.д. У больной появилось слабодушие, нередко беспричинно плакала, перестала понимать шутки и анекдоты. Кроме того, стала быстро уставать при физической нагрузке, плохо адаптироваться к новой обстановке. Трижды находилась на лечении в психиатрическом стационаре, последний раз с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием».
При обследовании больной отмечалось расширение зон и оживление сухожильных и периостальных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга. Поведение адинамичное: подолгу лежит на кровати или бесцельно смотрит в окно. Настроение неустойчивое, легко переходит от слез к улыбке и наоборот. Контакту доступна. Имя и фамилию называет правильно, но считает, что находится в обыкновенной больнице по поводу простудного заболевания. С трудом ориентируется во времени. Анамнестические сведения давала скудные. Не помнит жизненно важных событий, возраста своих детей. Интеллект снижен. С трудом и ошибками проводит элементарные счетные операции, не понимает переносный смысл пословиц.
Вопросы:
1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Ц., 36 лет, обратился к врачу-психиатру с жалобами на ухудшение памяти, «ослабление воли», беспричинную раздражительность.
Из анамнеза известно, что в юности Ц. эпизодически употреблял наркотики, однако увлекся спортом и «вся дурь прошла». В дальнейшем в течение 16 лет профессионально занимался боксом, неоднократно участвовал в соревнованиях различного уровня, несколько раз испытал состояние нокаута и нокдауна. «Для снятия напряжения» после работы любит выпить 150-200 г водки, причем последние 3-4 года делает это практически регулярно.
Во время беседы Ц. охотно вступает в контакт, правильно ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности. Примитивно шутит, при этом не смущается неудачностью шуток – смеется один. В целом, на фоне повышенного настроения наблюдается эмоциональная несдержанность, благодушие, беспечность. Анамнестические сведения дает с затруднением. Не помнит возраста родителей, когда окончил школу. Уровень общеобразовательных знаний и интеллект невысокий. Не знает элементарные исторические даты, с трудом воспроизводит таблицу умножения, не может отличить главный смысл от второстепенного в предлагаемых пословицах и поговорках, отшучиваясь при этом: «В нашем деле это не важно». Суждения поверхностны, умозаключения не продуманы, по-детски наивны. К концу беседы появилась раздражительность. Критика к своему состоянию легковесная.
Вопросы:
1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной В. 33 лет переведен в психиатрическую клинику (ввиду выраженных расстройств памяти) из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы. В анамнезе неоднократные обращения к психиатру по поводу затяжных умеренно выраженных невротических расстройств. В настоящий момент охотно сообщает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время не помнит обстоятельства травмы, не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он недавно ел. Практически не может произвести счет по Крепелину, из десяти прочитанных слов воспроизводит максимум два. Никак не может запомнить имя лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. При этом отмечается повышенное настроение с оттенком благодушия. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что «пришлось срочно пересматривать один проект». В другой раз говорит: «Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил».
Вопросы:
1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

У находящегося в наркологическом отделении больного Д., 40 лет, на выходе из алкогольного делирия обнаружилось резкое ухудшение памяти на текущие события. Больной не может запомнить только что встреченных лиц, найти свою палату, не знает, осматривал ли его врач, был ли завтрак, обед, не помнит числа, времени года, места нахождения. Только что услышанную речь или же содержание недавно прочитанного не может повторить. При этом факты давно прошедших лет хорошо помнит и воспроизводит во всех деталях и подробностях. Настроение благодушное с оттенком эйфории. Будущее Д. не заботит, а настоящее не огорчает. Отсутствие памяти на текущие события нередко компенсирует различными вымыслами, например, выйдя на нескольких минут из палаты, по возвращении на вопрос «где ты был?» ответил: «Старушка задержала… Переведи, говорит через дорогу, переведи…». Иногда диссимулирует нарушение памяти: дает уклончивые ответы или задает для отвлечения внимания собеседника встречные вопросы. Речь больного бедна словами, изобилует словесными штампами, стереотипными оборотами. Беседу поддерживает неохотно, внимание неустойчиво, поверхностно. Критика к своему состоянию формальная.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной С., 59 лет, находится в психиатрическом стационаре в связи со стойким снижением умственных способностей. Из анамнеза известно, что С. в прошлом высоко образованный и интеллигентный человек. Мать больного страдала маниакально-депрессивным психозом, что проявлялось в периодически возникающих депрессивных настроениях с суицидальными тенденциями. Сам С. всегда отличался подвижным характером и хорошо развитыми организаторскими способностями. С отличием окончил политехнический институт, в юности был редактором студенческой газеты.

Последние несколько лет наблюдается снижение интеллекта, «уплощение» юмора, мнестические нарушения. В настоящее время у С. наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушена способность приобретать знания и навыки. Не понимает смысла предлагаемых пословиц и поговорок. Суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена: не помнит дат своей жизни, известных исторических событий. При этом наблюдается расторможение инстинктивных влечений: больной ходит голым по палате, цинично пристает с сексуальными притязаниями к медперсоналу, ест руками, не стесняется доедать за другими больными.

При исследовании компьютерной томографией обнаружилась обширная атрофия коры головного мозга.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Этиопатогенез, стадии и клинические формы астенического синдрома.
2. Клинические проявления и особенности течения Корсаковского синдрома.
3. Проявления тотального и парциального психического инфантилизма.
4. Соматогенные и цереброгенные астении – особенности этиопатогенеза и клинических проявлений.

5. Аффективная триада. Простые, сложные и атипичные аффективные синдромы.
6. Клинические проявления соматизированной и скрытой (ларвированной) депрессии.
7. Клинические проявления и варианты течения обсессивно-фобического синдрома.
8. Клинические проявления и варианты течения ипохондрического синдрома.
9. Клинические проявления и варианты течения истерического синдрома.
10. Клинические проявления и варианты течения синдрома нервной анорексии.

Тема 2.5. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Кататонический и гебефренический синдромы.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Галлюцинозы: клинические проявление и особенности течения.
2. Что входит в понятие синдром сверхценных идей?
3. Клинические проявления паранойяльного синдрома.
4. Клинические проявления и дифференциальная диагностика параноидного синдрома.
5. Синдром Кандинского-Клерамбо, виды психических автоматизмов.
6. Парафренный синдром – этиопатогенез и клинические проявления.
7. Особенности депрессивной и маниакальной парафрении.
8. Кататоническое возбуждение – клинические проявления и разновидности.
9. Чем проявляется онейроидная кататония?
10. Особенности сознания при онейроидной кататонии.
11. Отличия люцидной кататонии от онейроидной.
12. Отличия кататонического возбуждения от депрессивного и от тревожного?
13. Какие стереотипии наблюдаются при кататоническом возбуждении?
14. Какие двигательно-волевые нарушения наблюдаются при кататоническом возбуждении?
15. Кататонический ступор – клинические проявления и разновидности.
16. Чем проявляется гебефреническое возбуждение?
17. Особенности аффективного фона при гебефрении, двигательно-волевые нарушения при гебефрении.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Первичный бред является ведущим признаком синдрома:

a. Депрессивного
b. Кандинского- Клерамбо
c. Парафренного
d. Галлюциноза
e. Паранойяльного
f. Амнестического

2. Гебефренический синдром встречается при:

a. Аффективных расстройствах
b. Расстройствах личности
c. Умственной отсталости
d. Шизофрении
e. Невротических расстройствах
f. Алкоголизме

3. Главным симптомом паранойяльного синдрома является:

a. Обстоятельность мышления
b. Гипермнезия
c. Аффективная напряженность
d. Повышенная самооценка

e. Интерпретативный бред

4. Для паранойяльного синдрома характерны:
a. Признаки нарушения сознания
b. Истинные галлюцинации
c. Судорожные расстройства
d. Первичный интерпретативный бред

Паранойяльный синдром относится к группе синдромов:
a. Аффективных
b. Нарушенного сознания
c. Невротических
d. Галлюцинаторно-бредовых
e. Астенических

5. Психические автоматизмы наиболее характерны для:
a. Делирия
b. Кататонического синдрома
c. Синдрома Корсакова
d. Синдрома Кандинского-Клерамбо
e. Параноидного синдрома

6. Трема – это:
a. Нарастающее чувство напряженности, тревоги, таящейся угрозы, страха
b. Общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом
c. Выраженная замедленность, затрудненность мышления. Затрудненными, замедленными становятся также речь и действия больных
d. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
e. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот – знакомых как чужих людей, но принявших их облик

7. Интерпретативный систематизированный паралогичный бред определяет синдром:
a. Психического автоматизма
b. Парафренный
c. Паранойяльный
d. Корсаковский
e. Делириозный

8. Манерно-дурашливое поведение, безмотивные действия, мория определяют синдром:
a. Истерический
b. Маниакальный
c. Кататонический
d. Гебефренический
e. Паранойяльный

9. Психические автоматизмы наиболее полно представлены в синдроме:
a. Парафренном
b. Паранойяльном
c. Кандинского-Клерамбо
d. Корсаковском

е. Галлюцинаторно-параноидном

Ситуационные задачи (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу-психиатру обратился больной Б., 48 лет. Ранее Б. уже неоднократно проходил стационарное лечение в психиатрической клинике по поводу зависимости от алкоголя II стадии, однако эффект от проведенных курсов сенсибилизирующей к алкоголю терапии препаратом «эспераль» оказался нестойким – по мере выведения препарата из организма больной снова начинал «пить». Настоящее обращение связано с тем, что после нескольких дней запойного пьянства на фоне появившихся после прекращения приема алкоголя головных болей Б. стал «слышать» какой-то шум, треск, трансформировавшийся постепенно в музыку. «Звучит прямо как в радио», – рассказывал больной – «то «Баха» поставят, то «Бетховена»; она мне и не мешает, наоборот – даже приятно, вот только голоса периодически прерывают музыку, недобрые голоса. Будто мужчина с женщиной ругаются, спорят между собой, что «лучше»: утопить меня или зарезать». Решив, что появившиеся «голоса» и «музыка» – дело рук недружелюбных соседей, Б. для «проверки» вышел на спортивный стадион, где на 50 м вокруг нет ни одного живого человека: «…прислушался – есть голоса, ну все, думаю, допился, пора снова к вам ложиться».
В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. На вопросы врача отвечает подробно, обстоятельно. Периодически во время беседы прерывает разговор, прислушивается: «Вот, опять. Слышите? Нет? Ну, значит точно «белочка» у меня». Интеллектуально-мнестическая сфера без особенностей, внимание неустойчивое, легко отвлекаемое. К своему состоянию относится критически.
Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу-психиатру психотерапевтом была направлена пациентка К., 58 лет, по поводу длительного, не прекращающегося в течение нескольких лет ощущения ползанья по телу насекомых. Детство К. прошло без особенностей, наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В юности эпизодически курила анашу, в возрасте 47 лет проходила курс лечения в психиатрической клинике по поводу невротического состояния с умеренно выраженными астено-депрессивными проявлениями, в 52 года у К. был диагностирован церебральный атеросклероз. Замужем, воспитывает двоих детей. Около 4 лет назад обратила внимание на появившийся в области паха, а затем и по всему телу зуд. Неоднократно обращалась к врачам различных специальностей: дерматологам, терапевтам, неврологам, проходила лечение по поводу нейродермита, исследовала функции печени и т.д. Между тем ощущение зуда переросло в чувство ползанья по коже насекомых, блох, муравьев, больная обращалась к различным «знахарям», натирала согласно их советам тело керосином, лампадным маслом, избавилась от имевшейся до этого в доме собаки,

бесконечно мылась, кипятила белье и т.д. Стала замечать появившуюся у себя на этом фоне немотивированную раздражительность, вспыльчивость, расстройство сна. Обратившись по этому поводу к психотерапевту, после полноценного сбора анамнеза была направлена им на консультацию к психиатру.
На момент осмотра ориентирована во всех отношениях правильно. На коже тела многочисленные расчесы и царапины. В контакт вступает неохотно, категорически отрицает возможность наличия у себя психического заболевания. Интеллектуально-мнестическая сфера без грубой патологии, внимание неустойчивое, быстро истощаемое. В целом астенизирована, гиподинамична.
Вопросы:
Какой психопатологический синдром описан в задаче?
При каких заболеваниях встречается данный синдром?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
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.
Вопрос:
1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу-психиатру в городской поликлинике родственниками была приведена на консультацию гражданка М., 62 лет. Некоторое время категорически отказывалась идти на контакт, но под воздействием разумных доводов, согласившись с тем, что врач, наверное, «умный человек», и, возможно, ее «поймет», решилась рассказать «свою историю». Выяснилась, что М. выросла была воспитана в духе ортодоксальных партийных коммунистических принципов. Потрясенная в конце 80-х годов крушением Советского Союза, его социальных устоев и тяжким положением населения в те годы, как-то, словно в озарении поняла, что одна может найти выход из этого тупика и, став во главе

правительства, на новых принципах капитализма реформировать наше общество. Через 2-3 года после таких глубоких переживаний заметила, что отец, оставшийся на позициях социализма, стал расспрашивать ее о перестройке, о переходе к рыночной экономике, выведывать ее мысли. Почувствовала враждебность. Вскоре обратила внимание, что на работе в НИИ, где «в каждом отделе осталось по стукачу от ФСБ», стали задавать ей аналогичные вопросы, «лезть в душу» на эти темы. Затем родная сестра вдруг стала часто писать ей письма и там ставила перед ней те же вопросы. «Поняла», что все они (отец, сотрудники и сестра) объединились между собой и, направляемые ФСБ, преследуют ее, желая любыми средствами не допустить ее к власти и помешать реализации идеи реформирования страны. Теперь всех этих людей воспринимает как заклятых врагов, знает, что они решили упрятать ее в «психушку», но уверена, что сейчас «уже не те времена», и среди врачей есть порядочные люди, которые поймут ее и согласятся помочь.
При беседе голос хорошо модулирован, стеничен, аффективно насыщен. Расстройства восприятия не выявляет. Память патологически усилена (вспоминает различные малозначительные детали, которые «доказывают» сформированный против нее заговор), интеллект соответствует возрасту и полученному образованию.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу общей практики обратился больной Ч., 42 года, с просьбой помочь ему найти квалифицированных дерматовенерологов. При беседе выяснилось, что несколько месяцев назад Ч. после интимной связи с соседкой обнаружил у себя на предплечье два «волдырика». Так как соседка ревновала его к прежней сожительнице, Ч. решил, что она специально укусила во сне, а затем место укуса чем-то смазала, чтобы заразить его венерической болезнью. В последствии стал «находить» у себя признаки этой «страшной болезни» – бронхит, частый насморк, изжогу, кашель, отделение мокроты. Неоднократно посещал различные венерологические диспансеры с требованием самого тщательного обследования на предмет наличия у него вензаболевания. Получая отрицательные результаты лабораторных исследований и заключения врачей об отсутствии у него какой-либо патологии, не верил этому, игнорировал их, оставаясь глубоко убежденным в наличии у него венерического заболевания.
Из анамнеза известно, что мать пациента страдала биполярным аффективным растройством, сам Ч. длительное время занимался рукопашным боем, неоднократно получал травмы головы. В настоящее время страдает ишемической болезнью сердца, компенсированным сахарным диабетом II типа (подтверждено медицинскими документами). В беседе обстоятелен, скрупулезен даже в малозначительных деталях. Настаивает на том, чтобы врач «свел» его с «нормальными специалистами» в Москве или С.-Петербурге, при этом разговаривает эмоционально, одержимый решительностью избавиться от «недуга».
Вопрос:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Галлюцинозы: этиопатогенез, клинические проявление и особенности течения.
2. Паранойяльный синдром: этиопатогенез, клинические проявление и особенности

течения.
3. Клинические проявления и дифференциальная диагностика параноидного синдрома.
4. Синдром психических автоматизмов: этиопатогенез, клинические проявление и особенности течения.
5. Парафренный синдром – этиопатогенез и клинические проявления.
6. Особенности депрессивной и маниакальной парафрении.
7. Кататоническое возбуждение – клинические проявления и разновидности.
8. Отличия люцидной кататонии от онейроидной.
9. Кататонический ступор – клинические проявления и разновидности.
10. Гебефренический синдром: этиопатогенез, клинические проявление и особенности течения.

Тема 2.6. Синдромы нарушения сознания, судорожный синдром.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Выключение сознания: оглушенность, сопор, кома.
2. Критерии помрачения сознания Ясперса.
3. Особенности ориентировки при разных видах помрачения сознания.
4. Дифференциальная диагностика делирия и онейроида.
5. Отличия истинного (эндогенного) онейроида от экзогенно-органического онейроида.
6. Дифференциальная диагностика аменции и сумеречного помрачения сознания.
7. Расстройства самосознания.
8. Пароксизмальные психопатологические феномены.
9. Понятия спонтанности и внезапности в отношении психопатологических проявлений.
10. Виды припадков.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Обнубиляция относится к синдромам:
a. Помрачения сознания
b. Нарушения самосознания
c. Выключения сознания
d. Галлюцинаторно-бредовым
e. Аффективным

2. Отсутствие словесного контакта и рефлексов характерны для:
a. Сопора
b. Комы
c. Оглушенности
d. Ступора

3. Сумеречное помрачение сознания характерно для:
a. Шизофрении
b. Аффективных расстройств
c. Эпилепсии
d. Расстройств личности
e. Алкоголизма

4. Дереализация и деперсонализация относятся к группе синдромов:
a. Невротических
b. Галлюцинаторно-бредовых
c. Помрачения сознания
d. Аффективных

e. Нарушения самосознания
f. Органического поражения головного мозга

5. Деперсонализация относится к группе синдромов:
a. Аффективных
b. Выключения сознания
c. Галлюцинаторно-бредовых
d. Астенических
e. Нарушения самосознания
f. Органического поражения головного мозга

Ситуационные задачи (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Врач скорой помощи в ночное время был вызван на дом к больному Н., 36 лет. Со слов родственников, Н. два дня назад самостоятельно вышел из недельного запоя, к вечеру предыдущего дня стал немотивированно раздражителен, возбужден, звал какого-то Ивана Васильевича, ловил на кровати несуществующих «котят». Из собранного анамнеза стало известно, что в детстве Н. перенес две черепно-мозговых травмы, по поводу чего неоднократно находился на лечении в неврологическом стационаре. С 26 лет систематически употребляет крепкие спиртные напитки, последние 5-6 лет с обязательным утренним «опохмелением», нередко переходящим в запои по 7-10 дней. Последнее время алкогольные эксцессы сопровождаются раздражительностью, придирчивостью, неприязнью, недовольством, легко переходящим в злобу с агрессивными поступками.
На момент осмотра пульс 96 уд/мин, АД 110/65 мм рт. ст., частота дыхания 24 в мин, возбужден, весь дрожит, покрыт липким потом. В контакт вступает с трудом, при беседе напряжен, с испугом озирается по сторонам, недоуменно смотрит на врача. Свое имя и фамилию называет правильно. Считает, что находится около похоронного бюро. Вдруг вскакивает и кричит: «Смывайте быстро кровь, дочка кровью исходит». Неадекватно смеется. Вместо врача видит какую-то Ирину Васильевну. На повторный вопрос, где он находится, заявляет: «Что вы меня заливаете водой?.. Я в пивнухе, стою на рабочем месте… Опять кровь с меня течет, вытрите меня». Просит «отделить проводку от руки». Неправильно называет число и месяц. Постоянно сдувает «мошек» с одеяла.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. Действия врача скорой помощи

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Капитан М., 32 года, в 23^{30} был доставлен в психиатрическое отделение госпиталя бригадой скорой помощи, которую вызвали пожарные, тушившие возгорание в квартире М. Со слов живущих по соседству сослуживцев, М. уже 5 дней не выходит на службу, объясняя это тем, что «тяжело болен», однако был неоднократно замечен в эти дни в пьяном виде. Командование части «не волновалось», т.к. подобные инциденты случались и раньше: после

нескольких дней запойного пьянства М. самостоятельно выходил на работу и приступал к исполнению служебных обязанностей.
Соматическое состояние на момент осмотра: правильного телосложения, умеренного питания, кожа лица резко гиперемирована, отмечается повышенная потливость, частое дыхание, границы сердца расширены влево, сердечные тоны ритмично усилены, край печени плотный, круглый, безболезненный, выступает на 4 см из-под реберной дуги, селезенка не увеличена.
Неврологическое состояние: легкий тремор конечностей, повышение сухожильных рефлексов, горизонтальный нистагм. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено.
Психическое состояние: дезориентирован в месте и времени. Имя называет правильно, считает, что находится на службе в автопарке – с окружающими ведет разговоры на профессиональные темы («Пора выпускать ЗИЛ-130, почему до сих пор не поменяли трансмиссию?»). На вопрос, зачем поджег квартиру, отвечает: «Получил приказ, приказы не обсуждаются!». Медицинский персонал принимает за родственников знакомых. Внушаем: глядя на чистый лист бумаги, начинает описывать якобы изображенные разнообразные фигуры, пейзажи; разговаривает, отдает указания в трубку отключенного телефона. Эмоционально напряжен, тревожен, боязлив, при упоминании об алкоголе оживляется, шутит. Неусидчив, пытается куда-то идти, на вопрос «куда?» отвечает: «Пора завозить гравий, из ворот не выехать». От предложения выпить отказывается, говорит: «Некогда сейчас, лучше вечером».
Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больного?
2. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Дежурный психиатр был вызван ночью в инфекционное отделение на консультацию больного сыпным тифом, обращавшегося ранее к психиатру по поводу умеренно выраженного невротического расстройства. Со слов медперсонала, последние 2-3 ночи больной практически не спит, выглядит встревоженным, вздрагивает от малейшего шума, пугается тени. Просит не выключать на ночь свет, боится оставаться в одиночестве. Накануне вечером больной стал возбужденным, активно стряхивал с себя воображаемых «насекомых», затем стал сооружать плот из подушек и одеял, утверждая, что надо спасаться от наводнения. Позже пытался развести костер в палате, чтобы «головешками отгонять притаившихся по углам зверей».
На момент осмотра встревожен, напряжен. В контакт вступает с трудом, в месте и времени дезориентирован, однако собственное имя называет правильно. Постоянно вскакивает, размахивает руками. Речь невнятная, плохо артикулированная, обращается к воображаемым собеседникам. Внимание неустойчивое, быстро истощаемое. Громким окликом удается отвлечь от галлюцинаторного созерцания, получить один-два правильных ответа, но меньше, чем через минуту контакт снова становится невозможным, в связи с чем более детально оценить психические функции больного не удалось.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

Темы докладов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4).

1. Критерии помрачения сознания Ясперса.
2. Делирий: этиопатогенез, клинические проявления и особенности течения.
3. Онейроид: этиопатогенез, клинические проявления и особенности течения.
4. Сумеречное помрачение сознания: этиопатогенез, клинические проявления и особенности течения.
5. Аменция: этиопатогенез, клинические проявления и особенности течения
6. Расстройства самосознания.
7. Дереализация: этиопатогенез, клинические проявления и особенности течения.
8. Дифференциальная диагностика проявлений выключения сознания со схожими психопатологическими состояниями.
9. Дифференциальная диагностика сумеречного помрачения сознания со схожими диссоциативными психическими расстройствами.
10. Дифференциальная диагностика судорожных припадков со схожими конверсионными и диссоциативными психическими расстройствами.

Тема 3.1. Нозологические классификации психических заболеваний. Органические и симптоматические психические расстройства.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. История становления классификаций психических расстройств.
2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
3. Какие признаки являются классифицирующими в этиопатогенетической классификации психических расстройств?
4. Особенности отечественной этиопатогенетической классификации психических расстройств.
5. Характеристика международной классификации психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра.
6. Основные отличия между МКБ-10 и DSM-5?
7. Основные отличия между МКБ-10 и МКБ-11.
8. Многоосевые систематики в психиатрии.
9. Отличительные особенности перспективных многоосевых классификаций RDOC, HITOP и др.
10. Основные эпидемиологические данные о психических расстройствах при атрофических процессах головного мозга.
11. Основные этиопатогенетические концепции психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
12. Классификация органических, включая симптоматические, психических расстройств по МКБ10.
13. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона.
14. Основные симптомы сенильной деменции.
15. Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и болезни Пика.
16. Клиническая характеристика хореи Гентингтона.
17. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.
18. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.
19. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
20. Клиника интеллектуально-мнестических нарушений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
21. Органическое амнестическое расстройство.

22. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга.
23. Делирий органической этиологии.
24. Органическое кататоническое расстройство.
25. Органические бредовые расстройства.
26. Органические аффективные расстройства.
27. Органическое тревожное расстройство.
28. Органическое эмоционально-лабильное расстройство.
29. Органическое расстройство личности.
30. Принципы лечения органических психических расстройств.
31. Принципы реабилитации больных с органическими психическими расстройствами.
32. Основы военно-врачебной экспертизы при органических психических расстройствах.
33. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.
34. Психические расстройства при минно-взрывных ранениях.
35. Психические расстройства при травмах.
36. Психические расстройства вследствие воздействия ионизирующих излучений.
37. Постэнцефалитические психические расстройства.
38. Психические расстройства при ВИЧ.
39. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях.
40. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
41. Психические расстройства при эпилепсии.
42. Психические расстройства при болезни Паркинсона.
43. Принципы лечения симптоматических психических расстройств.
44. Принципы реабилитации больных с симптоматическими психическими расстройствами.
45. Основы военно-врачебной экспертизы при симптоматических психических расстройствах.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. В настоящее время основной классификацией психических заболеваний в нашей стране считается:

a. Этиопатогенетическая классификация болезней
b. Классификация DSM-IV
c. Клиническая классификация заболеваний
d. Классификация МКБ-10
e. Классификация МКБ-9

2. Классифицирующими признаками в этиопатогенетической классификации психических заболеваний являются:

a. Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга
b. Этиологический фактор возникновения психического заболевания
c. Наличие (или отсутствие) этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
d. Особенности патогенеза формирования психического заболевания
e. Наличие (или отсутствие) морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия

3. Для эндогенных психических заболеваний характерно:

a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие

этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия

4. Для экзогенных психических заболеваний характерно:
a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия.

5. Для эндогенно-органических психических заболеваний характерно:
a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия

6. Умеренная стадия болезни Альцгеймера включает все, кроме
a. Трудности в аналитико-синтетической деятельности
b. Адекватного эмоционального реагирования на болезнь
c. Тотальной апраксии
d. Нарушения ориентировки в окружающей обстановке
e. Акалькулии

7. Для умеренной стадии болезни Альцгеймера характерно все, кроме
a. Насильственного говорения
b. Амнестически-афатических симптомов
c. Повышения мышечного тонуса
d. Гиперкинезов
e. Единичных эпилептических припадков

8. Для стадии тяжелой деменции при болезни Альцгеймера характерно
a. Распад экспрессивной речи
b. Булимия
c. Фрагментарное представление о собственной личности
d. Бред преследования
e. Галлюцинации

9. Для сосудистой деменции характерно все, кроме
a. Спутанности сознания – как усиления основных проявлений деменции
b. Спутанности сознания со спонтанностью возникновения, с довольно четкой демаркацией от собственно проявления деменции, на фоне которых она возникает
c. Редкого достижения степени тотального слабоумия
d. Эпилептических припадков
e. Неконтролируемых тазовых функций на ранних этапах болезни

10. Сосудистая деменция включает следующие синдромальные разновидности, кроме
a. Паралитического слабоумия
b. Дисмнестического слабоумия
c. Мультифакторного
d. Асемического
e. Амнестического

11. Для сосудистой деменции характерно
a. Ступенчатое ухудшение
b. Острое начало
c. Наличие очаговых неврологических знаков
d. Прогрессирующее улучшение состояния
e. Ундулирующее течение

12. Деменция при болезни Гентингтона включает
a. Непроизвольные хореоформные движения
b. Ранние снижение памяти
c. Наследственную отягощенность
d. Бред преследования
e. Галлюцинации

13. Органический амнестический синдром (не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами) включает всё, кроме
a. Фиксационной амнезии
b. Ретроградной амнезии
c. Амнестической дезориентировки
d. Глобального интеллектуального нарушения
e. Конфабуляции

14. Для легкого когнитивного расстройства характерно все, кроме
a. Снижения памяти
b. Трудности в обучении
c. Трудности в сосредоточении внимания
d. Расстройства восприятия
e. Ощущения психической усталости

15. Расстройство личности органической этиологии включает
a. Синдром лобной доли
b. Посткоммоционный синдром
c. Личность с псевдозадержкой психического развития органической этиологии
d. Бред преследования
e. Галлюцинации

16. Для всех больных с черепно-мозговой травмой обязательным является назначение:
a. Постельного режима
b. Антибиотиков
c. Транквилизаторов
d. Гипотензивных средств
e. Психотерапевтических процедур
f. Физиотерапевтических процедур

17. Эпилепсия относится к:
a. Эндогенным заболеваниям
b. Эндогенно-органическим заболеваниям
c. Экзогенным заболеваниям
d. Экзогенно-органическим заболеваниям

18. «Джексоновский» припадок относится к:
a. Большим судорожным припадкам
b. Малым судорожным припадкам
c. Очаговым судорожным припадкам
d. Бессудорожным пароксизмам

19. Симптоматические психозы относятся к группе:
a. Эндогенных психических расстройств
b. Психогений
c. Экзогенных психических расстройств
d. Эндогенно-органических психических расстройств

20. Ведущими синдромами острых симптоматических психозов являются:
a. Галлюцинаторно-бредовые
b. Аффективные
c. Помрачения сознания
d. Кататонические
e. Невротические

21. Какие расстройства встречаются при хронической лучевой болезни:
a. Истерические
b. Обсессивные
c. Психотические
d. Церебральная астения с выраженной эмоционально-вегетативной лабильностью, неврозоподобные и психоорганические расстройства

22. Какое из перечисленных психических расстройств наиболее характерно для СПИДа?
a. Деменция
b. Обсессии
c. Тревога
d. Кататония

23. Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, включает все, кроме
a. Трудностей в концентрации внимания
b. Нарушений быстрых повторных движений
c. Атипичных аффективных расстройств
d. Генерализованных припадков
e. Генерализованной гипо- и арефлексии

24. Сложный астенический синдром в остром периоде черепно-мозговой травмы включает все, кроме
a. Дневной сонливости
b. Мнестических затруднений
c. Адинамии
d. Речевой гиперпродукции

е. Головокружений

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С., 23 лет, получил травму головы в ДТП, был без сознания несколько часов, после чего 2-3 дня был резко возбужден, стремился бежать, так что приходилось его удерживать; было неясное сознание; сам больной этого периода не помнит. Придя в сознание, он находился все же в повышенном настроении, требовал немедленной выписки, считал себя вполне здоровым. В больнице был подвижен, суетлив, вбегал без надобности в кабинет врача, хватал и уносил не принадлежащие ему вещи. Приставал к другим больным, мешал им спать, отдыхать; проявляет наклонность к шуткам, но шутки весьма плоские, дурашлив, развязен, добродушен; ребячлив, кувыркается через спинку кровати; хотя всем надоедает, все же к нему относятся хорошо. В отделении громко делает замечания, иногда цинично бранится, не стесняясь сестер. Временами как бы слабеет, ложится, жалуется на головные боли, притихает; затем снова вскакивает и начинает суетиться. Спит недостаточно. Систематически чем-либо заняться не может. Настоящей скачки идей нельзя отметить. Пишет без соблюдения направления и строчек, вдоль и поперек листа бумаги, размашистым почерком, иногда не дописывая слов. Считает плохо; переспрашивает задание, не в состоянии сосредоточиться. Явно ослаблено внимание. Никакой критики к своему состоянию не обнаруживается. Объективно отмечается вазомоторная лабильность, несколько повышенная потливость; зрачки нормальны. Сухожильные рефлексы повышены, равномерны, патологических нет. Жидкость при спинно-мозговой пункции вытекала под повышенным давлением. Белок 0,33°/оо. В начале отмечалось небольшое нарушение координации при мелких движениях рук, нерезкий адиадохокинез, промахивание при пальценосовой пробе; походка не расстроена. Такое состояние продолжалось около 3 месяцев. Постепенно стал тише и спокойнее, лучше спит; чаще ложится в кровать и в это время (в течение 2-3 часов) бывает вял и апатичен. Остается недостаточность критики, легкомысленное отношение к своей судьбе, ребячливость.
Больной в состоянии улучшения был выписан.
Вопросы:

1. Укажите ведущий синдром и нозологический диагноз
2. Каков прогноз заболевания?

2. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Н., 32 года, преподаватель физкультуры, с высшим образованием. До травмы – физически и психически полноценный человек. 3 года назад упал во время упражнения вниз головой. Долго был без сознания. Лежал несколько месяцев в психиатрической больнице (возбуждение с нарушением сознания). При выписке получил инвалидность I группы. Ничего не помнил о случившемся, перестал работать по специальности, стал апатичным, беспомощным. В последнее время устроился на работу грузчиком. На работу водила жена:

сам не мог найти дорогу, изредка бывали состояния возбуждения, сопровождающиеся бессмысленным разрушением вещей и агрессией; после ничего не помнил о случившемся.
Физически крепкий, прекрасно сложенный, с развитой мускулатурой. Охотно занимается простым физическим трудом; инициативы не проявляет; делает, что прикажут. Предоставленный самому себе, молчалив, апатичен. На работе неутомим. Никаких жалоб на головные боли, головокружение и пр. не высказывает. Вегетативные и вазомоторные нарушения не наблюдаются. Отмечается нерезко выраженный окулостатический феномен. Охотно делает стойку, может долго стоять на руках без всякой вазомоторной реакции. Имеет несколько растерянный вид, не сразу понимает вопросы. Отвечает односложно, короткими фразами, не всегда грамматически правильными. Слова выговаривает отчетливо; повторяет слова правильно. Названий некоторых предметов не помнит. Считает очень плохо – в пределах первого десятка. Пишет короткими фразами, читает медленно. В месте приблизительно ориентируется, во времени не ориентирован. Тяжелое поражение памяти: не помнит ни ближайших, ни отдаленных событий и дат, не помнит, когда получил травму, давно ли не работает по специальности; не помнит имен близких людей. Запоминание нового особенно нарушено. Внимание фиксируется с трудов. Сообразительность резко снижена. К абстрактному мышлению совершенно не способен. Эмоционально в известной мере сохранен; стремится домой. На вопросы о физическом состоянии всегда отвечает, что чувствует себя хорошо, но если в разговоре подчеркнуть его недостатки (неспособность к счету и т. д.), то на глазах появляются слезы. В спинномозговой жидкости 0,5°/оо белка.
Вопрос:
Укажите ведущий синдром.
Ваш диагноз?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К., 26 лет, был ранен в голову справа. Три месяца лежал в госпитале, два раза оперировали, удаляли осколки, была повышена температура. Был паралич левой руки и слабость левой ноги. Примерно через год после ранения начались судорожные припадки с потерей сознания, иногда с прикусыванием языка; недержания мочи не было. Факт припадков скрывал.
Припадки начинались с подергивания в левой руке и наступали днем и ночью. Иногда после припадка становился возбужденным, стремился бежать; после ничего не помнил. Из-за припадков поступил в клинику.
Больной раздражителен, часто возбуждается. Интеллект несколько снижен, память плохая. Слабость левой руки; левая нога почти не ослаблена, патологических рефлексов нет, сухожильные рефлексы слева несколько выше, чем справа. Вестибулярные и вегетативные симптомы не выражены. Повышенная вазомоторная возбудимость, особенно в связи с аффектами. На черепе дефект кости в теменной области справа. В момент осмотра больного внезапно замолчал, затем неожиданно набросился на сопровождающего, стал его душить с криками: «Духи»! Последующая амнезия.
Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. Возможна ли госпитализация больного в психиатрический стационар?

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА

ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной М., 36 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать больного 72 лет, здорова, по характеру добрая, покладистая Отец погиб на войне. Старшая сестра больного здорова. Больной родился от первой беременности в срок. Роды были затяжные, с наложением акушерских щипцов. Раннее детство без особенностей. От сверстников в развитии не отставал, однако был несколько вялым, пассивным, часто наблюдалась рвота. Посещал дошкольные учреждения. Учился ровно по всем предметам. С товарищами был общителен, дружелюбен. Из заболеваний в детском возрасте отмечаются детские инфекции, до 13 лет страдал ночным энурезом, во сне был беспокоен, часто просыпался. В дальнейшем эти явления исчезли. После окончания начальной средней школы работал токарем. К работе относился серьезно, замечаний и взысканий не имел. От службы в армии освобожден в связи с появлением судорожных припадков. Окончил вечерний техникум при заводе. С 21 года работал мастером. Всегда был старательным и добросовестным. Алкогольные напитки не употребляет, следуя рекомендациям врачей. В возрасте 30 лет установлена II группа инвалидности по психическому заболеванию. Не работает.
В 18 лет впервые возник большой судорожный припадок, когда, по рассказам коллег, по дороге с работы внезапно упал, начались судороги во всем теле, сопровождавшиеся мочеиспусканием и дефекацией. В дальнейшем припадки повторялись 1-2 раза в полгода,
В возрасте 22 лет припадки участились и стали ежемесячными. Лечился амбулаторно. Пароксизмы стали редкими (1-2 раза в год), но родные стали отмечать периодически возникающие расстройства сознания, во время которых больной на несколько секунд прерывал начатое действие, совершал бесцельные движения руками, а затем, как бы очнувшись, продолжал начатое. Подобные явления отмечались 2-3 раза в неделю.
С 28 лет у больного появились головные боли. Стал медлителен. Перешел на работу в отдел кадров. Был старательным, требовательным к сотрудникам. Участились головные боли. Стал конфликтовать с женой и дочерью. На работе был медлителен, болезненно реагировал на замечания в свой адрес, стали возникать конфликты с сослуживцами. В 32-летнем возрасте в связи с заметным снижением профессионального уровня и значительными изменениями личности установлена II группа инвалидности. Неоднократно лечился в различных психиатрических больницах. В настоящее время не работает, примерно 1 раз в неделю бывают пароксизмы по типу амбулаторного автоматизма.
Психическое состояние: больной ориентирован в месте, собственной личности, однако затрудняется назвать точную дату, хотя правильно называет месяц и год. Контактен. На вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь больного замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Он опрятен, поза несколько скованная.
Больной жалуется на периоды потери сознания и непроизвольные движения во время этого с полной амнезией в последующем, головные боли, слабость. Галлюцинаторные и бредовые расстройства отсутствуют. Все внимание больного сосредоточено на собственном заболевании. В значительной степени изменена память. Настроение подвержено колебаниям. На фоне благодушия и благожелательности часто возникают приступы раздражительности. Конфликтует с персоналом и больными по поводу соблюдения режима. Злопамятен. Критического отношения к своему состоянию нет. Основной целью жизни считает заботу о собственном здоровье.
При электроэнцефалографическом исследовании установлены признаки очаговой билатеральной пароксизмальной активности, явления ареактивности и десинхронизации.
На рентгенограммах черепа патологических изменений нет.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Д., 42 года. Образование высшее, работает преподавателем в ВУЗе. Женат, дочь здорова. Жалобы на периодически, внезапно возникающие состояния, которые сопровождаются онемением верхней губы справа, правой половины языка и правой щеки, затем появляются блестящие точки в виде облачка, которое движется слева направо, после этого иногда не может произносить слова или написать их. Один приступ в месяц, длительность до 15 мин. Сознание теряет не всегда. Считает себя больным с 41 года, когда впервые почувствовал онемение правой руки, правого угла рта, правой половины языка и правой щеки. Кончик языка в этот момент ощущал привкус электрического раздражения или металла. Одновременно отмечалось онемение мизинца левой руки. Пароксизм мог на этом прерваться, но иногда развивался дальше, присоединялось расстройство зрения, перед глазами начинали плавать облачка, звездочки в направлении слева направо и вниз, забывал названия слов, путал склонения, спряжения, мог лучше произносить слова на английском языке, чем на родном русском. Не мог писать, так как забывал, из каких букв состоит слово.
В анамнезе дифтерия, скарлатина, грипп, воспаление легких, частые ангины, травма головы без потери сознания. Наследственность не отягощена.
Психическое состояние без отклонений от нормы. Неврологически выявляется сглаженность правой носогубной складки, легкое преобладание сухожильных и периостальных рефлексов справа.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Д., 24 лет, холост. Отец умер во время приступа белой горячки в возрасте 56 лет; запойный пьяница, по характеру злобный, жестокий и раздражительный; одна сестра больного умерла в возрасте 4 лет, страдала судорогами; брат злой, раздражительный, вспыльчивый человек в состоянии раздражения может ударить, разбить что-либо. Частые кратковременные колебания настроения в сторону тоскливости, связанной с усилением раздражительности.
Больной в общем рос и развивался правильно. До 11 лет изредка после устрашающих сновидений было ночное недержание мочи. Нередко наблюдались и ночные страхи. Судорог, припадков, снохождений не было. Был бойким, послушным, веселым и подвижным мальчиком. Учиться начал 8 лет. От своих сверстников не отставал. В возрасте 14 лет во время игры с товарищами больной внезапно вскрикнул и упал, «бился в судорогах», упустил мочу, изо рта шла пена. Припадок продолжался около 3 минут, после чего он уснул. Проснувшись часа через полтора, плохо понимал обращенные к нему вопросы, был молчалив, казался оглушенным. О происходившем не сохранил никаких воспоминаний. Во время припадка прикусил язык. После этого припадки стали повторяться раза два в месяц и

большей частью происходили во сне по ночам (при этом больной падал с кровати). Нередко припадки случались и на улице. Постепенно стал меняться характер. Из послушного и веселого мальчика превратился в злобного, раздражительного и угрюмого. Появилась страсть мучить животных; наблюдались вспышки яростного гнева. По мельчайшему поводу набрасывался с кулаками на родителей, сестер. Ухудшилась память, школу пришлось бросить.

Жил все время дома, лишь изредка работал в деревне по хозяйству. Родители заметили, что больной иногда во время работы останавливался, бледнел, «взгляд делался как бы отсутствующим», произносил несколько бессвязных слов, после чего возобновлял свое прежнее занятие. На вопросы о том, что с ним произошло, реагировал недоумением, так как ничего не помнил. В возрасте 21 года внезапно впал в состояние резкого возбуждения. Яростно накидывался на окружающих, совершенно не ориентировался в обстановке, отмечались галлюцинации, чего-то боялся.

Был помещен в психиатрическую больницу. В больнице через 2 дня стал спокоен, сознание прояснилось, но ничего не мог рассказать о случившемся, не знал, когда и как его поместили в больницу. Обнаруживает необычайную обстоятельность в изложении своих мыслей. Чрезвычайно детально описывает что-либо. Говорит монотонно. Весьма ипохондричен. Жалуется на сильные разнообразные телесные ощущения. Тщательно следит за отправлением кишечника. В обращении с врачом и персоналом принижен, преувеличенно любезен и льстив. Ежедневно со слащавой улыбкой на лице встречает врача и осведомляется об его «драгоценном здоровьице». Педантично аккуратен и чистоплотен. В идеальном порядке содержит свою кровать. Временами угрюм, мрачен, чрезвычайно злобен, раздражителен, дерется с больными, нередко нападает на персонал, раздражаясь по всякому пустяку.

В больнице 3-4 раза в месяц, обычно один за другим, бывают судорожные припадки. Иногда перед припадками испытывает легкое головокружение, перед глазами заревом вспыхивает красное пламя, и больной знает, что у него через несколько мгновений произойдет припадок. Он издает сдавленный крик и падает. Часто до крови прикусывает язык. У углов рта – розовая пена. Дыхание затрудняется. Лицо синеет. Мускулатура тела на некоторое время приходит в состояние сильнейшего напряжения, затем начинаются судорожные подергивания всех мышечных групп. Потеет. Упускает мочу. Зрачки расширяются. Реакция на свет отсутствует. Иногда, если удается исследовать, можно наблюдать и симптом Бабинского. Через несколько минут припадок заканчивается глубоким сном, после которого больной бывает вял, испытывает чувство разбитости во всем теле, с трудом подыскивает слова для обозначения предметов.

Со стороны неврологической никаких особенностей. Физически коренастый, крепкий юноша, с усиленным развитием костяка и мускулатуры. За время трехлетнего пребывания в больнице можно заметить ухудшение памяти и нарастание эпилептического слабоумия. В речи больного имеется вязкость, топтание на одном месте, детализация.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению.

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. История становления классификаций психических расстройств.
2. Современные нозологические классификации психических заболеваний, принятые в РФ и за рубежом.
3. Характеристика международной классификации психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра.
4. Характеристика международной классификации психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра.

5. Многоосевые систематики в психиатрии.
6. Отличительные особенности перспективных многоосевых классификаций RDOC, HITOP и др.
7. Основные эпидемиологические данные о психических расстройствах при атрофических процессах головного мозга.
8. Основные этиопатогенетические концепции психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
9. Дифференциальная диагностика деменции.
10. Общая клиническая характеристика сосудистых заболеваний головного мозга.
11. Клиническая динамика сосудистых заболеваний головного мозга.
12. Особенности личностных изменений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
13. Клиника интеллектуально-мнестических нарушений у больных атеросклерозом сосудов головного мозга.
14. Психозы при атеросклерозе сосудов головного мозга.
15. Органическое амнестическое расстройство.
16. Делирий органической этиологии.
17. Органическое кататоническое расстройство.
18. Органические бредовые расстройства.
19. Органические аффективные расстройства.
20. Органическое тревожное расстройство.
21. Органическое эмоционально-лабильное расстройство.
22. Органическое расстройство личности.
23. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.
24. Психические расстройства при минно-взрывных ранениях.
25. Психические расстройства при травмах.
26. Психические расстройства вследствие воздействия ионизирующих излучений.
27. Постэнцефалитические психические расстройства.
28. Психические расстройства при ВИЧ.
29. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях.
30. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
31. Психические расстройства при эпилепсии.
32. Психические расстройства при болезни Паркинсона.

Тема 3.2. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Этиопатогенез шизофрении.
2. Эпидемиология шизофрении.
3. Социальная значимость шизофрении.
4. Отличие взглядов на шизофрению Э. Крепелина и Е. Блейлера.
5. Характеристика продуктивных и непродуктивных синдромов при шизофрении.
6. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом.
7. Типы течения шизофрении: непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, рекуррентная, злокачественная.
8. Основные формы шизофрении: простая, параноидная, кататоническая, гебефреническая.
9. Клиника параноидной формы шизофрении.
10. Клиника простой формы шизофрении.
11. Клиника кататонической шизофрении.
12. Клиника гебефренической шизофрении.

13. Резидуальная шизофрения.
14. Принципы лечения шизофрении.
15. Принципы реабилитации больных с шизофренией.
16. Основы военно-врачебной экспертизы при шизофрении.
17. Понятие «шизотипии» в психиатрии.
18. Диагностические критерии шизотипических расстройств.
19. Клинические особенности и разновидности шизотипических расстройств.
20. Диагностические критерии шизоаффективных психозов.
21. Клинические разновидности шизоаффективных психозов.
22. Общая характеристика острых бредовых расстройств
23. Общая характеристика хронических бредовых расстройств.
24. Индуцированное бредовое расстройство.
25. Принципы лечения и реабилитации больных с расстройствами шизофренического спектра.
26. Основы военно-врачебной экспертизы расстройств шизофренического спектра.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Автор термина и концепции шизофрении:
a. Бехтерев
b. Блейлер
c. Крепелин
d. Корсаков

2. Согласно МКБ-10 для постановки диагноза шизофрении симптомы должны отмечаться на протяжении большей части эпизода длительностью:
a. Недели и более
b. Один месяц и более
c. Полугода и более
d. Года и более

3. Синдром, наиболее убедительно доказывающий наличие шизофрении:
a. Помраченного сознания
b. Негативных изменений личности
c. Психоорганический
d. Психопатоподобный
e. Галлюцинаторный

4. В клинической картине простой формы шизофрении на первом плане наблюдается:
a. Псевдогаллюцинации
b. Психические автоматизмы
c. Редукция энергетического потенциала
d. Бред величия
e. Бред преследования

5. Импульсивные действия характерны для больных:
a. Прогрессивным параличом
b. Кататонической формой шизофрении
c. Истерической психопатией
d. Болезнью Альцгеймера
e. Гипертимной психопатией

6. Исходом шизофрении являются
a. Абулия и разорванность мышления
b. Деменция
c. Лакунарное слабоумие
d. Слабодушие
e. Фиксационная амнезия

7. Основная теория этиологии шизофрении
a. Нейротрансмиттерная
b. Дизонтогенетическая
c. Генетическая
d. Мультифакториальная
e. Аутоиммунная

8. Основным методом диагностики шизофрении является:
a. МРТ
b. ЭЭГ
c. Клинико-психопатологический
d. Анамнестический
e. Экспериментально-психологическое обследование

9. Первостепенное значение при шизофрении имеет дисфункция системы головного мозга
a. Серотониновой
b. Дофаминовой
c. Норадреналиновой
d. ГАМКергической
e. Катехоламиновой

10. Шизофрения относится к:
a. Экзогенно-органическим заболеваниям
b. Симптоматическим психозам
c. Психогенным заболеваниям
d. Аномалиям развития
e. Эндогенным заболеваниям

11. Шизотипическому расстройству свойственно всё, кроме
a. медленного начала
b. глубокого эмоционального опустошения в конечной стадии
c. деперсонализации
d. обстоятельного мышления
e. магического мышления, не соответствующего культуральным нормам

12. Хроническое бредовое расстройство включает всё, кроме
a. Политематического несистематизированного бреда
b. Монотематического систематизированного бреда
c. Бред может сохраняться в течение всей жизни
d. Периодических депрессивных симптомов
e. Наличия ипохондрического бреда

13. В хроническое бредовое расстройство включается всё, кроме
a. Поздней парафрении
b. Паранойи

c. Параноидного расстройства личности
d. Паранойяльной шизофрении с сенситивным бредом отношения
e. Параноидного психоза

14. Для острого и преходящего психотического расстройства характерно всё, кроме
a. Возникновения в ответ на наличие стресса
b. Возникновения без предшествующего стресса
c. Полиморфной картины психоза
d. Стабильного, одинакового по интенсивности бреда
e. Быстрой смены аффекта

15. Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении включает всё, кроме
a. Быстрого перехода от непсихотического состояния к психотическому (в течение 2-х недель или менее)
b. Нескольких типов галлюцинаций или бреда
c. Галлюцинации или бред меняются по типу и интенсивности день ото дня или даже в течение дня
d. Стабильного эмоционального состояния
e. Симптомы продолжаются более 3-х месяцев

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная П. 35 лет. Жалобы на раздражительность, повышенную утомляемость, плохой сон. Анамнез. Впервые состояние изменилось около 4-х лет назад, когда после рождения второго ребенка появилась подавленность, внутренний дискомфорт, некоторая апатия, стала испытывать недовольство своим носом, «старалась не поворачиваться в профиль, чтобы меньше было заметно». В том же году сделала себе пластическую операцию носа. В течение этого года снизился аппетит, ухудшился сон. Ощущала отсутствие «целостности», уставала в течение дня, уезжала за город отдыхать в одиночестве. Была раздражительной по незначительному поводу. Считала, что муж и свекровь «энергетические вампиры», ощущала, что «во время общения с ними теряет энергию». Иногда отмечала, что в разговорах теряет нить беседы, так как «мысли путались и останавливались». Стала читать эзотерическую литературу, находила в ней подтверждение своим ощущениям. Убедилась в существовании «оболочек вокруг человека», которые «могут повреждаться и через них теряется энергия». Около года назад на фоне сниженного настроения по телефону, угрожала мужу суицидом. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрическую клинику. В отделении замкнута, малообщительна, бездеятельна, эмоционально монотонна. На фоне проводимого лечения нейролептиками и транквилизаторами отмечается некоторое уменьшение эмоциональной напряженности, сохраняются мыслительные и эмоционально-волевые расстройства.
Психический статус. Основные виды ориентировки сохранены. Взгляд «холодный», мимика застывшая. Напряжена, подозрительна, голос маломодулирован. Настроение без признаков депрессии. Эмоциональные реакции сглажены. Мышление с резонерством, паралогичностью и соскальзыванием. Формально соглашается, что болеет, но при этом считает, что лечение ей

не нужно так, как она здорова. Негативно относится к мужу, иногда раздражительна по отношению к нему, заявляет, что «если муж и дальше так будет себя вести, не знаю, что сделаю, …наверное повешусь». По-прежнему уверена в существовании у нее «нарушенной энергетической оболочки», в которой «есть дыры и через них уходит энергия». Убеждена в возможности экстрасенсорики и телепатии, воздействии их на людей. Свои переживания раскрывает неохотно, считает, что «и так все понятно». Память без грубых нарушений. Обманы восприятия не выявляет

Вопросы:

1. Опишите ведущие психопатологические симптомы у больной.
2. О каком ведущем синдроме идет речь?
3. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?
4. мышления.
5. Параноидный синдром.
6. Параноидная шизофрения.

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной С, 25 лет, инвалид 2 группы, не работает. Жалобы на наличие внутри головы голосов мужских и женских, которые комментируют поступки, плохую память, бессонницу. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Младший из двух детей. По характеру был общительный, добрый, веселый. В школе в начальных классах учился хорошо. В подростковом возрасте изменился по характеру: стал черствым, грубым, враждебно относился к близким, общался в асоциальных группах сверстников, курил анашу, принимал димедрол, транквилизаторы, алкоголизировался, неоднократно уходил из дома, бродяжничал. Резко снизилась успеваемость, с трудом усваивал пройденный материал, пропускал занятия. К концу 10 класса учебу забросил, стал уединяться, потерял интерес к компании друзей, в основном находился дома, ничем не занимался. Практически не общался с родными, если же к нему обращались вопросами, то отвечал односложно или отмалчивался. Периодически отмечались периоды пониженного настроения, в такие моменты закрывался в своей комнате, залеживался, не проявлял интереса к окружающему, плохо ел. Перестал следить за своим внешним видом, отказывался мыться, чистить зубы. После окончания школы поступил в технический ВУЗ, но учиться не смог, через год бросил институт, после чего устроился на работу подсобным рабочим. Через 5 месяцев уволился с работы «было трудно работать». По настоящее время нигде не работает. Через несколько месяцев после увольнения с работы пропал из дома, был найден на даче. По возвращении домой, стал злобным, агрессивно реагировал на окружающих. Запрещал включать телевизор. Был проконсультирован психиатром, получал лечение, однако состояние не улучшилось, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическую клинику. Состояние при поступлении характеризовалось аффективно-бредовым синдромом. После выписки быстро нарастала дефицитарная симптоматика по апато-абулическому варианту. Повторные госпитализации связаны с появлением сенестопатий, деперсонализационно-дереализационных переживаний, тревогой. Длительное время находится на поддерживающей терапии. В связи с ухудшением состояния в виде усиления тревожности, сенестопатий, вербальных псевдогаллюцинаций вновь поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус: Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. В беседе на вопросы отвечает после паузы, отрывистыми фразами. Затрудняется описать свои ощущения: «мозг накрыт бумагой», «мысли трудно собрать, невозможно сосредоточиться».

Считает, что его мысли известны окружающим, а он может знать мысли других. Предъявляет жалобы на неприятные ощущения внутри позвоночника «труба внутри кости». Мышление аморфное, непоследовательное. Эмоционально тускл, однообразен, периодически на лице застывшая улыбка. Фон настроения неустойчив. Без критики.
Вопросы:
Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
Ваш диагноз?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
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.
Вопрос:
Определите ведущие симптомы.
Ваш диагноз?

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К, 34 года. При поступлении предъявлял жалобы на сниженное настроение, тревожность, нарушение сна. Анамнез: По данным из медицинских документов, со слов больного и его жены, сформировался гипертимным, общительным, педантичным,

вспыльчивым. Учился на хорошо и отлично. Успешно окончил технический ВУЗ. За последние годы изменился по характеру: стал замыкаться в себе, задумываться «о смысле жизни, о мироздании». Периодически возникала беспричинная внутренняя напряженность, а вскоре появились навязчивые действия в виде стремления располагать все попавшие в поле зрения и находящиеся в своих карманах предметы в определенном порядке. Перестал уделять внимание жене, дочери, начал конфликтовать на службе и в семье, поздно возвращаться домой, заводить случайные знакомства, алкоголизироваться, в состоянии опьянения совершил кражу личных вещей. Часто жаловался на повышенную раздражительность, внутреннее напряжение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, снижение работоспособности. Около двух лет назад осенью ощущал выраженную путаницу мыслей, считал, что это результат воздействия спецслужб, которые организовали слежку за ним. Затем в середине зимы резко снизилось настроение, появилось чувство безысходности, «утраты цели». В дальнейшем усилились компульсивные влечения, раздражительность, конфликтность. Был госпитализирован в психиатрическую клинику. При поступлении был расторможен, импульсивен, многоречив, легко озлоблялся, бранился, стереотипно раскладывал лежащие перед ним на столе предметы правильной стопкой, наблюдались разорванность мышления и «монологи». После выписки получал поддерживающее лечении пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мл в течение 4х месяцев. Затем самостоятельно прекратил принимать медикаменты из-за явлений нейролепсии. В течение последнего месяца изменился в поведении, стал раздражительным конфликтным, подозрительным, скрытным. При патопсихологическом исследовании выявлены грубые выраженные расстройства структуры, мотивации, динамики мышления по эндогенному типу.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной Л, 26 лет, продавец. Жалобы, адекватные своему состоянию не предъявляет. Из анамнеза известно, что душевнобольных в семье не было. Сразу после рождения перенес тяжелую пневмонию, спустя 3 месяца – повторное воспаление легких. Часто болел простудными заболеваниями. Поздно начал говорить. Воспитывался в условиях повышенной ответственности младшим из двух детей. По характеру сформировался замкнутым, малообщительным, ранимым, мечтательным, обидчивым. В школе учился средне, с 9-го класса отметил сужение круга интересов, прекратил общение с друзьями, так как считал, что у него «плохо пахнет из рта». Тогда же отметил появление сексуального влечения к лицам своего пола. Успешно окончил 11 классов, затем поступил в медицинский ВУЗ. На 3-м курсе отмечался период, когда полностью потерял интерес к учебе, перестал посещать занятия, экзамены сдал лишь благодаря матери, которая фактически «водила меня в ВУЗ за руку». Совершал дважды суицидные попытки – «травился первый раз феназепамом, а второй – клофелином» из-за того, что «у меня не было друга,.. вы понимаете, какого…, чтобы я мог жить половой жизнью…» После окончания ВУЗа некоторое время работал в должности младшего научного сотрудника, вскоре оставил ее, т.к. был недоволен оплатой. Работал грузчиком, затем – продавцом. За неделю до настоящей госпитализации на ногах перенес грипп с высокой температурой, были личные неприятности, после чего появилась бессонница, тревога, метался по квартире, стал негативистичен по отношению к родным, разбил дома зеркала, вызвал полицию, которой заявил, что мать хочет его убить. Спустя

несколько дне поехал навестить деда, по дороге зашел в пикет полиции на ст. метро «Пушкинская», откуда звонил в отдел полиции по месту жительства, говорил, что «мать травит бабку и деда триклосаном». Полицейскими была вызвана мать, по отношению к которой вел себя агрессивно: хамил, оторвал капюшон на пальто. Был госпитализирован в психиатрическую клинику.
Объективно: В неврологическом статусе без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Продуктивному контакту доступен. В беседе по-прежнему избегает смотреть на собеседника, движения манерные, мимика утрирована, парадоксальна; порой внезапно становится дурашливым, временами резко замолкает, устремляя взгляд вдаль. Фон настроения снижен, эмоционально амбивалентен, парадоксален. реакции возникают по аутохтонным, малопонятным мотивам. Асинтонен. Обманы восприятия отрицает. Сохраняются бредовые построения персекуторного круга и малоценности, идеи интерметаморфозы: «люди все почему-то ходят как солдаты, в одну ногу». По-прежнему считает, что «у меня хлороз, я вижу, как люди все время отодвигаются от меня, чтобы не чувствовать запах изо рта». Мышление замедлено по темпу, с явлениями соскальзываний, паралогики, символизма. Память на текущие события несколько снижена. Фиксирован на болезненных идеях. Критика отсутствует. Чувство дистанции снижено.
Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.
Психический статус:
Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею..., редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями и элементами резонерства. Без

критики.
Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

7. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной В., 17 лет, жалобы на бессонницу, шум, музыку в голове, трудности в сосредоточении, «картинки» в голове при засыпании, путаницу в мыслях, беспричинную тревогу, плохое настроение.
Анамнез: дедушка по линии матери страдал психическим расстройством, периодически проходил лечение в психиатрической больнице. Умер в возрасте 72 лет. Родился от нормально протекавшей беременности вторым ребенком из 2х детей, есть сестра 28 лет, психически здорова. Во время родов отмечалось обвитие пуповиной. Состоял на учете у детского невролога. Посещал ДДУ, «было много друзей, садик нравился». В школу пошел с 7 лет, в начальной школе отмечались признаки гиперактивности с дефицитом внимания, дрался с одноклассниками. В средней и старшей школе «стал спокойнее». Учился хорошо, увлекался лыжными гонками, имеет 1 спортивный разряд. В настоящее время обучается в 10 классе школы-лицея. Проживает с родителями в удовлетворительных материально-бытовых условиях.
Ранее за психиатрической помощью не обращался, на учете у психиатра не состоял. Год назад находясь на отдыхе с родителями, сломал руку. Производилась длительная репозиция костных обломков под общим наркозом (около 5 часов), после чего «кололи какое-то обезболивающее лекарство, кажется морфин», около 2х дней находился в «туманном состоянии», «не узнавал родных», «потом все прошло». По возвращении в течение 2-х месяцев перенес еще 2 репозиции, «полтора месяца носил гипс и начал понемногу все забывать». Полгода назад перенес 2 операции по поводу вросших ногтей на ногах. Вследствие медицинских манипуляций пропустил много занятий в школе, длительное время не тренировался. На фоне пропусков в школе снизилась успеваемость, занимался с репетитором, стал быстро уставать, снизился фон настроения. Около 2х недель назад развилась бессонница, не спал в течение суток. Сообщал родителям, что «чувствует вину за то, что плохо учится и плохо усваивает материал на занятиях с репетитором». При попытках уснуть «в голове стали появляться всякие разные картинки внезапно, одна за другой», «стала играть музыка». Стал отмечать трудности в мыслительном процессе – «мысли то идут потоком, то исчезают», «постоянно какая-то рассеянность». Для улучшения ночного сна родители дали 2 табл. персена, после которого проспал 11 часов. После пробуждения почувствовал, что «стал более собранным, но все же не как обычно». После возобновившейся бессонницы вновь стали нарастать мыслительные нарушения, стал чувствовать беспричинную тревогу, «шум в голове», значительно снизился фон настроения, «постоянно пытался рассказать родителям, как же я перед ними виноват». Родители обратились за помощью в клинику психиатрии. Госпитализирован с согласия.
В психическом статусе: Сознание не помрачено. Контакту доступен. Ориентирован в месте, времени, обстановке, собственной личности верно. Выглядит младше своих лет. Несколько растерян, при вопросе о жалобах встает, садится, достает телефон, говорит, что «лучше позвонить родителям, они все знают». На уговоры сесть поддается, но позже снова вскакивает, возмущается, что «все рассказал тому доктору, внизу. Почему я опять все должен рассказывать?». Внезапно замолкает на полуслове, смотрит неподвижно в пол. На вопрос о причине такого поведения, отвечает, что «не могу собрать мысли. Не помню, о чем

я думал». По нескольку раз повторяет, что «ну я же спать не могу». Фон настроения неустойчивый, с тенденцией к снижению. Эмоции лабильные, периодически неадекватные, быстро раздражается, повышает голос. Мышление в нормальном темпе, расплывчатое, с элементами паралогичности. Интеллектуально-мнестически без грубой патологии. Внимание повышенно истощаемое. Суицидальные мысли отрицает. Периодически зажимает голову руками и жалуется, что «в голове постоянный шум, он мне мешает сосредоточиться». Критика к своему состоянию снижена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, с чем необходимо дифференцировать данное состояние?
2. Предложите план обследования и лечения данного больного.

8. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больная Г., 27 лет, жалобы на периодические головные боли, приступы тревоги, головокружения, частую смену настроения, быструю утомляемость.

Анамнез: двоюродная сестра матери страдала эпилепсией. Родилась старшей из 2-х детей, брат младше на 2 года. Посещала ДДУ, от сверстников в развитии не отставала. Маму характеризует тревожной, эмоциональной, отца – «взрывчатым». В отношениях с родителями присутствует дистанцированность, недоверчивость. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, но без особого желания, без акцента на каких-либо школьных предметах. После школы поступила в Технологический университет, на факультет мировой экономики. По окончании университета переехала жить в Санкт-Петербург, где работала последовательно в нескольких банках, снимала квартиру. Частую смену работы пациентка объясняет финансовым аспектом («больше платили, хотелось карьерного роста»). С последнего места работы была уволена «из-за финансового кризиса», после чего вернулась к родителям, где проживала до настоящего времени. В браке не состоит.

Впервые ухудшение психического состояния отмечает около 2х лет назад, когда на фоне обычной рабочей нагрузки стала отмечать у себя «постоянную усталость, нежелание чем-либо заниматься», головные боли. Состояние ухудшилось три месяца назад, когда впервые узнала о предстоящем увольнении – снизилось настроение, периодически испытывала приступы тревоги, головокружения, усилилась частота и интенсивность головных болей, стала чувствительность к посторонним запахам, ухудшился ночной сон. Факт увольнения перенесла относительно спокойно: «Я была к этому готова». На новогодние праздники поехала к родителям, где через пару недель значительно ухудшилось психическое состояние – стала тревожной, беспокоилась за родственников, вскакивала ночью с кровати, чтобы позвонить брату, «убедиться, что у него все хорошо. А вдруг он умер?». Ощущала в голове «разброс мыслей, одна мысль находит на другую, трудно думать», «близкие люди были как чужие, вообще мир как-то изменился», «мир поделился на черное и белое». Со слов мамы, в этот период стала вести себя неадекватно: среди ночи предъявляла матери претензии, что та «разыгрывает перед ней какой-то спектакль», видела в окне машину и двоюродных братьев, которых на самом деле не было, спрашивала, где она была «все эти годы», среди ночи запиралась в комнате, включала на всю громкость телевизор, была агрессивна с родителями, хватала их за щеки, царапала. В течение недели находилась на стационарном лечении в психиатрическом отделении, сообщает, что воспоминания об этом периоде отрывочны, «помню, что меня привязывали ремнями, делали какие-то уколы и я теряла сознание..». Госпитализацию прервала самостоятельно, по рекомендации врачей дома принимала азалептин. В Санкт-Петербург вернулась вместе с родителями через две недели после выписки, «не чувствовала себя здоровой, болела голова, беспокоила тревога», «стала часто

задумываться о мироздании, о смысле жизни». За помощью вместе с мамой обратились в клинику психиатрии. Госпитализирована с согласия.
В психическом статусе: сознание не помрачено. Ориентирована в месте, времени, собственной личности правильно. Внешне выглядит старше своих лет, уставшей, мимика бедная. Поза сгорбленная. Речь в нормальном темпе, но монотонная, диапазон голосовых модуляций несколько сглажен. При обсуждении периода госпитализации в психиатрическое отделение становится напряженной, принимает «закрытую позу», на большую часть вопросов «с вызовом» отвечает: «Не помню, не знаю. Как у всех». Обманы восприятия отрицает, объективно не выявляются. Активно бредовые идеи не высказывает. Мышление в нормальном темпе, с соскальзываниями, с элементами паралогичности. Внимание повышенно истощаемое в процессе беседы. Память без грубых нарушений, за исключением парциальной «амнезии» периода госпитализации. Интеллект соответствуют уровню полученного образования. Без агрессивных и суицидальных тенденций. Критика к своему состоянию формальная.
Вопросы:

1. Ваш диагноз, с чем необходимо дифференцировать данное состояние?
2. Предложите план обследования и лечения данного больного.

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Этиопатогенез и эпидемиология шизофрении.
2. Социальная значимость шизофрении.
3. Принципы диагностики шизофрении.
4. Клинические классификации шизофрении, принятые в РФ и за рубежом.
5. Клинические особенности параноидной формы шизофрении.
6. Клинические особенности простой формы шизофрении.
7. Клинические особенности кататонической шизофрении.
8. Клинические особенности гебефренической шизофрении.
9. Клинические особенности резидуальной шизофрения.
10. Принципы лечения и реабилитации больных с шизофренией.
11. Сущность понятия «шизотипии» в психиатрии.
12. Клинические особенности и разновидности шизотипических расстройств.
13. Принципы терапии шизотипических расстройств.
14. Клинические особенностти и разновидности шизоаффективных психозов.
15. Принципы терапии шизоаффективных расстройств.
16. Общая характеристика острых бредовых расстройств.
17. Принципы терапии острых бредовых расстройств.
18. Общая характеристика хронических бредовых расстройств.
19. Принципы терапии хронических бредовых расстройств.
20. Индуцированное бредовое расстройство, течение, клинические проявления, принципы терапии.
21. Основы военно-врачебной экспертизы расстройств шизофренического спектра.

Тема 3.3. Аффективные расстройства.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Аффективные расстройства: краткая историческая справка.
2. Основные этиологические концепции аффективных расстройств.
3. Основные патогенетические теории аффективных расстройств.
4. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10.
5. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.

6. Облигатные симптомы депрессий.
7. Ларвированная (соматизированная) депрессия.
8. Облигатные признаки маниакальных состояний.
9. Биполярное аффективное расстройство: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика. Особенности диагностики БАР в классификации DSM-V и МКБ-1А.
10. Рекуррентное депрессивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Тактика врача первичного звена в случаях суицидальных действий больных.
11. Дистимия и циклотимия: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика.
12. Принципы лечения аффективных расстройств.
13. ВВЭ аффективных расстройств.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Психическое расстройство, при котором отмечается периодическое возникновение только депрессивных состояний, согласно МКБ-10:

a. Рекуррентное депрессивное расстройство
b. Биполярное аффективное расстройство
c. Конверсионное расстройство
d. Дистимия
e. Неврастения

2. Что является основанием для определения депрессии как вторичной?

a. Наличие психотравмирующей ситуации
b. Наличие депрессии у кого-либо из родственников
c. Наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния
d. Появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием
e. Появление депрессии в связи с угрожающим жизни событием

3. Что отличает дистимию от рекуррентного депрессивного расстройства?

a. Причина возникновения
b. Наличие очерченных депрессивных эпизодов
c. Особенности преморбидных личностных черт
d. Возраст больного, в котором впервые появилось заболевание
e. Дистимия и рекуррентное депрессивное расстройство не имеют принципиальных отличий

4. Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом астенической депрессии?

a. Чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости
b. Нарушения со стороны двигательной сферы
c. Измененность восприятия окружающег
d. Чувство бессилия и безволия
e. При астенической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения

5. Что помимо пониженного настроения является характерным симптомом ипохондрической депрессии?

a. Нарушения памяти и внимания
b. Чувство повышенной утомляемости

c. Наличие чувства необъяснимой тревоги
d. Наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья
e. При ипохондрической депрессии отсутствуют другие характерные симптомы помимо пониженного настроения

6. Суициды наиболее часты:
a. У мужчин в сравнении с женщинами
b. У холостых
c. У атеистов по сравнению с верующими

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
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, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.
Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.
Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!
Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.
Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...
Вопросы:
Охарактеризуйте психопатологическое состояние
Ваш диагноз?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная К., 28 лет. Пришла на консультацию в сопровождении мужа. Улыбается, разговаривает довольно громко.
Зайдя в кабинет, осматривается и заявляет, что на стену повесила бы картину, а кресло доктора переставила бы в другой угол. В кресле сидит явно неохотно, постоянно меняет положение тела, поправляет волосы руками. Заявляет, что хочет танцевать, потому что у неё хорошее настроение.
Активную жалобу предъявляет на плохую концентрацию внимания в последние несколько дней. В ходе разговора с мужем К. выясняется, что в последнее время он отметил повышенное либидо у жены, а также повышение настроения. Сообщил, что обращение к

психиатру было его инициативой после того, как он отметил, что жена стала игнорировать дресс-код, одеваясь на работу «слишком ярко, как сорока», стала «рассеянной, невнимательной».
Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Пациент А., 19 лет. Госпитализирован в сопровождении матери. С ее слов, уже около месяца сын постоянно уставший, по ночам рано просыпается, долго лежит в кровати с безучастным видом, прогуливает занятия в университете, в течение дня заторможен. Перестал рисовать, хотя раньше занимался этим постоянно, также отмечаются снижение аппетита, похудение, запоры. Непосредственная причина обращения к психиатру: мать обнаружила, что сын сидит в ванне и лезвием наносит себе порезы. Несколько месяцев назад обращался к психотерапевту в связи с беспокойством, неспособностью сосредоточиться на чем-либо, бессонницей в течение недели и некоторой тревожностью, что, со слов матери, было для него нехарактерно. Из анамнеза также известно, что отцу молодого человека был поставлен диагноз БАР, а его дед по линии отца покончил с собой.
При оценке состояния по шкале депрессии Гамильтона набирает 21 балл.
Разговаривает медленно, заторможен, долго обдумывает заданный вопрос, на лице печальное выражение. На левом предплечье повязка, под ней два свежих продольных пореза. В беседе сообщает, что хочет покончить с собой, считает свою жизнь бессмысленной. Обвиняет себя в несчастьях матери.
Вопросы:
Охарактеризуйте психопатологическое состояние
Ваш диагноз?

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Основные этиопатогенетические концепции аффективных расстройств.
2. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
3. Формы течения аффективных расстройств в зависимости от их выраженности.
4. Биполярное аффективное расстройство: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика.
5. Рекуррентное депрессивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
6. Тактика врача первичного звена в случаях суицидальных действий больных.
7. Дистимия и циклотимия: эпидемиология, этиология и патогенез, клиника и диагностика.
8. Принципы терапии биполярного аффективного расстройства I типа.
9. Принципы терапии биполярного аффективного расстройства II типа.
10. Принципы терапии смешанного аффективного эпизода.

Тема 3.4. Невротические, связанные со стрессом соматоформные и соматизированные расстройства. Психосоматические расстройства.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Основные этиопатогенетические концепции невротических и связанных со стрессом расстройств.
2. Эволюция понятия психогения и невроз.
3. Критерии психогений К. Ясперса.
4. Классификация невротических и связанных со стрессом расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
5. Фобические тревожные и другие тревожные расстройства: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика.
6. Обсессивно-компульсивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
7. Острая реакция на стресс и расстройство приспособительных реакций: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
9. Диссоциативные (конверсионные) расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
10. Неврастения: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
11. Психогенные психозы: клиника и диагностика.
12. Принципы лечения невротических и связанных со стрессом расстройств.
13. Ипохондрическое расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
14. Классификация соматоформных расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
15. Соматизированное расстройство: эпидемиология, клиника и диагностика. Принципы терапии.
16. Соматоформные вегетаивные дисфункции: эпидемиология, клиника и диагностика. Принципы терапии.
17. Психосоматические и соматопсихические расстройства
18. Расстройства пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия. Клиника и диагностика.
19. Клинические разновидности соматоформных расстройств.
20. Клиническая характеристика неврастении.
21. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
22. Психосоматические расстройства: современные представления
23. Принципы лечения соматоформных и соматизированных расстройств.
24. Военно-врачебная экспертиза невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. ПТСР отражают последствия:
a. Повторных черепно-мозговых травм
b. Длительного злоупотребления алкоголем и наркотиками
c. Перенесенных в жизни нейроинфекций
d. Перенесенных в жизни экстремальных ситуаций
e. Неблагоприятных условий воспитания и формирования личности

2. В основе этиологии ПТСР лежит:
a. Неблагоприятная наследственность
b. Физиогенные и соматогенные факторы
c. Психическая травма
d. Интоксикационные факторы

3. В клинической картине ПТСР характерны следующие признаки:
a. Ослабление памяти
b. Навязчивые воспоминания о психотравме
c. Галлюцинации
d. Бредовые идеи
e. Повторяющиеся сновидения, отражающие психотравму
f. Помрачение сознания

4. Посттравматическое стрессовое расстройство (МКБ-10):
a. Возникает как острая реакция на исключительный физический и психологический стресс
b. Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего характера
c. Состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни и обычно препятствующие социальному функционированию
d. Состояние тревоги генерализованного и стойкого характера, не связанное с какими-либо средовыми обстоятельствами
e. Легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, но продолжающееся не более 2 лет

5. При оценке выраженности психогенных расстройств в условиях чрезвычайных ситуаций выделяют следующие уровни:
a. Психологический (доболезненный)
b. Дезадаптационный
c. Невротический (пограничный)
d. Психотический
e. Реактивный

6. Соматизированное расстройство (ведущий диагностический критерий, МКБ-10) – это:
a. Наличие множественных соматических симптомов без наличия объективной соматической патологии
b. Активный поиск больным предполагаемого серьезного заболевания
c. Наличие психопатологической симптоматики на фоне реально существующего соматического заболевания
d. Наличие психопатологической симптоматики, возникшей вследствие реально существующего соматического заболевания
e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унизительной болезни (рак, спид и др.)

7. Группа состояний, ранее объединённых термином «органные неврозы» – это
a. Соматизированное расстройство
b. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы
c. Ипохондрическое расстройство
d. Органические, включая симптоматические, психические расстройства

8. Длительность соматоформного болевого расстройства составляет более
a. 3 дней
b. 6 месяцев
c. 3 месяцев
d. 12 месяцев

9. Какой процент случаев соматоформных расстройств сочетается с другими психопатологическими состояниями?

a. 50%
b. 25%
c. 100%
d. 10%

10. Категория соматизированных и соматоформных расстройств была выделена при исследовании

a. Расстройства настроения
b. Истерии
c. Органических расстройств
d. Нервной анорексии

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная Р., 41 год.
Жалобы на сниженное настроение, периоды тоскливости, навязчивые воспоминания и представления психотравмирующего характера, плаксивость, «безразличие», поверхностный сон, сновидения неприятного содержания. Из анамнеза: Родная сестра погибла в результате суицидной попытки, до этого в течение 10 лет страдала психическим заболеванием. Родилась в семье служащих вторым ребенком от нормальной беременности. Мать отличалась властным характером, строгим отношением к детям. Воспитывалась в условиях гиперопеки. Успешно училась в школе. Кроме того, занималась в музыкальной школе, участвовала в общественной работе, среди сверстников была лидером. Сформировалась общительной, эмоциональной, но, в то же время, обязательной, целеустремленной. Окончила педагогический институт. Работала по специальности, в последние годы занималась предпринимательской деятельностью. В 20 лет вышла замуж. От первого брака, который продолжался 12 лет, имеет двух сыновей. В течение последних восьми лет – второй брак. В течение короткого времени перенесла ряд психотравм. За полтора месяца до обращения муж был «зверски убит», когда один находился в квартире. 14-летнего сына подозревали в причастности к преступлению, периодически задерживали и допрашивали в полиции в течение месяца. Спустя две недели после гибели мужа мать больной попала в ДТП, в тяжелом состоянии находилась в реанимации. В этот же период незнакомые лица систематически «угрожали по телефону». После убийства мужа «все стало безразлично, даже сын… спокойно смотрела как его забирали в полицию, был безразличен свой внешний вид», испытывала периоды тоскливости, «ноющей тоски в груди». В этот период, несмотря на угрозы по телефону, «смело ходила в темноте, было все равно». После гибели мужа принимала амитриптилин, до 6 табл. в сутки, снотворное, но положительного эффекта не отмечала. Переехала к родственникам, с которыми «чувствует себя легче».
При осмотре. Подавлена. Сидит, ссутулившись. Мимика скорбная. Говорит тихим, периодически дрожащим голосом. Во время рассказа о происшедших событиях плачет, рассказывает о них не охотно. Мышление последовательное. Суждения отличаются поверхностным характером. Не видит реальных перспектив, полностью поглощена своими переживаниями. Суицидные мысли при осмотре отрицает.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и лечебная тактика?
2. Чем можно объяснить отсутствие эффекта от приема амитриптиллина?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной В., 24 года. Сержант, военнослужащий по контракту. В зоне боевых действий находится восемь месяцев. За три дня до поступления в медицинский пункт во время минометного обстрела расположения подразделения укрылся в блиндаже, где уже находились несколько человек его взвода. Со слов очевидцев, «когда оглушительный взрыв потряс блиндаж и сверху из перекрытия посыпались земля и песок, В. рванулся к выходу, но тут же присел и остался в таком положении остался недвижимо». В медицинском пункте сидит неподвижно, молчит, не обращает внимания на других, иногда внезапно вскакивает, собирает свои вещи, пытается уйти из палатки.
Был направлен в психиатрическое отделение госпиталя. На 10-й день после случившегося правильно ориентировался в месте, называл имя, отчество, фамилию, дату. Не помнил, что с ним случилось, и почему направлен и когда поступил в отделение. Жаловался на тяжесть в голове, общую слабость. Отмечались вялость, подавленность, тревожный сон. Постепенно состояние улучшилось, через две недели от начала болезни полностью восстановилась работоспособность.
Вопрос:
Ваш диагноз?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Т., 23 лет. Рядовой, военнослужащий по контракту, водитель-автомеханик. В возрасте 20 лет перенес ЧМТ при аварии автомашины. В районе боевых действий находится второй месяц. Накануне госпитализации в психиатрическое отделение госпиталя был доставлен в медицинский пкнту из боевого подразделения. Фельдшер медицинского пункта, сопровождавший Т., характеризовал его поведение так: «На вопрос, как Ваша фамилия, подумав, сказал: «Т-в», затем, как бы вспоминая, добавил имя, - «Иван Васильевич». На вопрос, сколько лет – ответил: «8». Тогда я говорю: «Маловато, может прибавите?» Обдумывая, ответил: «Семь!» Видя, что не добьешься ничего, спрашиваю – «Что у Вас болит?» – «Я совершенно здоров». Задаю вопрос: «Который год идет нынче?» Подумав, отвечает: «1812». Ответы приходилось выжимать, и в тот момент, если вставишь ему слово, то он повторяет его. Выражение лица больного напоминало глуповатого человека. Ориентировка на местности абсолютно отсутствовала».
Находясь в психиатрическом отделении, Т. был вялым, называл себя другим именем, переспрашивал вопрос, окружающие предметы не называл, пальцы сосчитать не мог, инструкции не выполнял. Гримасничал, широко раскрывал глаза, рот, повторял слова, говорил, что ему 12 лет, не мог определить, где находится. По-детски смеялся, хлопал в ладоши, хватал со стола предметы. Спустя две недели вышел из психотического состояния, вспомнил, что в тот день, «когда это случилось», «рвались снаряды…», что товарищи говорили: «Мы тебя еле вытащили». В дальнейшем отмечались слабость, повышенная

утомляемость, головные боли, тревожный сон.
Вопрос:
Ваш диагноз?

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной И., 30 лет. Из анамнеза: Воспитывался в условиях гиперопеки, в детстве часто болел простудными заболеваниями. В возрасте 4-7 лет наблюдались умеренные явления логоневроза. Сформировался мнительным, впечатлительным. Во время учебы в училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После училища работал автомехаником, с обязанностями справлялся, однако «всегда тяжело переживал конфликтные ситуации». За 4 года до обращения в клинику стал невольным свидетелем смерти родственника жены от сердечного приступа, неожиданно потерял сознание. Скорой помощью был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на инфаркт миокарда, но диагноз при обследовании не подтвердился. С этого времени периодически возникали «приступы», во время которых чувствовал резкую слабость в нижних конечностях, нехватку воздуха, головокружение. Периодически стал отмечать головные боли, разнообразные мигрирующие болезненные ощущения в различных частях тела, диарею, чувство сердцебиения, нарушения сна. В начале заболевания «приступы» провоцировались отрицательными эмоциональными переживаниями, в дальнейшем стали возникать под действием нейтральных раздражителей. Постепенно «приступы» учащались, стали возникать по несколько раз в день. Появилось «ожидание и страх возникновения этих состояний». Больной перестал пользоваться метро, старался раньше уйти с работы. В связи с болезненными проявлениями ухудшились взаимоотношения в коллективе, часто стали возникать конфликты с коллегами, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготится работой, был настроен на увольнение.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?

Какие факторы способствовали развитию болезни?

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Пациентка, 36 лет, домохозяйка. Обратилась по направлению невролога с жалобами на недомогание, постоянное чувство усталости, боли в различных частях тела, повышение артериального давления, поверхностный сон, постоянный страх за свое здоровье, периодические приступы, сопровождающиеся чувством страха за свою жизнь, сердцебиением, повышением АД. Через 8 месяцев после родов на фоне нарушения менструального цикла почувствовала недомогание. Появилось волнение за свое здоровье, стало повышаться артериальное давление, появилась тахикардия. Мнократно обращалась к гинекологам, терапевтам, неврологам. Принимала антигипертензивную терапию. По совету подруги начала пить БАДы на фоне чего отметила улучшение. В дальнейшем чувствовала себя хорошо. Полтора года назад в предменструальном периоде стали появляться: недомогание, апатия, перепады настроения, боли в низу живота. Гинекологом был вновь

были назначена комбинированные оральные контрацептивы, через несколько дней после приема внезапно развился приступ с сердцебиением, затруднением при дыхании, чувством, «ваты в голове», повышением артериального давления. После приступа отмечалось учащенное мочеиспускание. Приступ был купирован приемом анаприлина и феназепама. После этого перестала принимать препараты. Страх за свое здоровье усилился. Обращалась к врачам- специалистам, проходила различные обследования. По назначению невролога принимала фенибут, витамины группы В, фолиевую кислоту. Улучшение отмечала после приема фенибута. Стала «немного легче», уменьшилась тахикардия, но приступы паники сохранялись. Повторный курс БАДов улучшения не принес.
Ваш диагноз?

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Пациентка, 25 лет. Воспитывалась в условиях гиперопеки, в детстве была необщительна, предпочитала находить дома, читать книги. Себя описывает, как эмоционального и ранимого человека. Четыре месяца назад на фоне проблем в личной жизни сильно снизился аппетит, появилась тошнота, похудела на 6 кг. Появились перепады настроения, страх за свое здоровье, жалобы гастроэнтеролгического характера – частая тошнота, рвота, снижение аппетита. Неоднократно обследована гастроэнтерологом, патологии ЖКТ выявлено не было. По назачению терапевта принимала фенибут без эффекта. Жалобы сохранялись.
Ваш диагноз?

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Теории неврозогенеза.
2. Эволюция понятия психогения и невроз.
3. Критерии психогений К. Ясперса. Психогенные психозы: клиника и диагностика.
4. Классификация невротических и связанных со стрессом расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
5. Фобические тревожные и другие тревожные расстройства: эпидемиология, этиология, патогенез, течение и прогноз. Клиника и диагностика.
6. Обсессивно-компульсивное расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
7. Острая реакция на стресс и расстройство приспособительных реакций: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
9. Диссоциативные (конверсионные) расстройства: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
10. Неврастения: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
11. Ипохондрическое расстройство: эпидемиология, этиология и патогенез. Клиника и диагностика.
12. Классификация соматоформных расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
13. Соматизированное расстройство: эпидемиология, клиника и диагностика. Принципы терапии.
14. Соматоформные вегетаивные дисфункции: эпидемиология, клиника и диагностика. Принципы терапии.
15. Психосоматические и соматопсихические расстройства

16. Расстройства пищевого поведения: нервная анорексия, нервная булимия. Клиника и диагностика.
17. Клинические разновидности соматоформных расстройств.
18. Клиническая характеристика неврастении.
19. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
20. Психосоматические расстройства: современные представления.

Тема 3.5. Патология развития (расстройства личности, умственная отсталость).

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Основные этиологические концепции личностных расстройств. Критерии психопатий по П. Б. Ганушкину.
2. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
3. Расстройства личности: критерии диагностики П. Ганнушкина, критерии диагностики по МКБ-10, классификации.
4. Расстройства личности (параноидное, шизоидное): клинические проявления.
5. Расстройства личности (истероидное, эмоционально-неустойчивое, диссоциальное): клинические проявления.
6. Расстройства личности (ананкастное, тревожное, зависимое), клинические проявления.
7. Клинические критерии умственной отсталости.
8. Классификация умственной отсталости по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V.
9. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
10. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.
11. Девиантное поведение: формы, их отношение к психическим расстройствам, профилактика.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. В каком возрасте наиболее ярко проявляются психопатические особенности:
a. 4-6 лет
b. 6-12 лет
c. 17-19 лет
d. 21-25 лет
e. 30-35 лет
f. 45-50 лет

2. Основная причина декомпенсации расстройств личности:
a. Конфликтная ситуация
b. Перенесенная простуда
c. Употребление алкоголя
d. Смена стереотипа
e. Повышение нагрузок

3. Основной признак психопатической реакции:
a. Продолжительность
b. Наличие судорог
c. Амнезия
d. Несоответствие ответа силе раздражителя
e. Категоричность

f. Эгоистичность

4. Чаще всего встречается умственная отсталость:
a. Легкая
b. Средняя
c. Выраженная
d. Тотальная
e. Глубокая

5. Разграничение каких нозологических форм чаще всего приводит к диагностическим ошибкам?
a. Умственной отсталости и расстройства личности
b. Расстройства личности и шизофрении
c. Умственной отсталости и органического поражения головного мозга
d. Старческих психозов и реактивных депрессий
e. Расстройства личности и органического поражения головного мозга

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К психиатру в поликлинике обратилась женщина, желая проконсультироваться по поводу «ненормальности» поведения своего мужа 36 лет. Она сообщила, что ее супруг чрезмерно чувствителен к удовлетворению своих притязаний, всегда ведет себя так, как будто во всем превосходит окружающих, «его дела», вне зависимости от того, чем он занят, всегда первостепенной важности, причем малейшее сделанное им дело представляет «огромным трудом», а выявление любых самых распространенных нарушений или несправедливостей в жизни считает потрясающим разоблачением. По рассказам матери мужа, он с детства претендовал на исключительное положение, на то, чтобы все делали так, как он считает нужным. В школе имел кличку «одержимый». Всегда был чрезмерно самоуверен, стремился к лидерству, однако сплачивал вокруг себя обычно людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих «выдающихся» качеств, удовлетворения своих требований озлобляется, начинает всюду видеть врагов и завистников, злонамеренные козни против него. Подозрителен, все время искажает совершенно нейтральные или даже дружеские действия других, представляя их как злонамеренные или как проявления пренебрежения к нему. Отстаивает свои «права» в любой ситуации, даже если результат будет заведомо «плачевен». При этом «безумно» ревнив, считая, что супруга может изменить ему, т.к. тоже завидует его «талантам», «потрясающим» способностям и т.д.
Вопросы:
Опишите клинические признаки психопатологического состояния
Ваш диагноз?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть
Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различного рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т.п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.
Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
У больного Н. 23 лет наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители здоровы. Беременность у матери протекала без осложнений. Родился в состоянии асфиксии. С первых дней жизни отставал в развитии, ходить начал к 2 годам, первые слова начал произносить в возрасте 7 лет. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. До 8-летнего возраста отмечался ночной энурез. Больного пытались научить читать и писать, но безуспешно. Не мог учиться даже по программе вспомогательной школы. Дома элементарно себя обслуживал, под присмотром родителей выполнял простые трудовые процессы, помогал по хозяйству. С 16-летнего возраста является инвалидом I группы. До этого времени рос спокойным, вялым, малоподвижным. С начала пубертатного периода стали отмечаться состояния резко выраженного психомоторного возбуждения, становился злобным, агрессивным, проявлял нелепое эротическое возбуждение по отношению к матери. В связи с неправильным поведением неоднократно стационировался в психиатрические больницы, получал хлорпромазин, перициазин.
Психическое состояние: стоит в своеобразной позе, выпятив живот, постоянно совершает однообразные движения согнутыми руками и пальцами рук. Инструкции выполняет с трудом, только простейшие. Не тяготится госпитализацией. Спокоен, несколько благодушен, дает односложные ответы, причем только на элементарные вопросы. Рассказать о себе ничего не может. Просьбы не высказывает, жалобы не предъявляет, речь олигофазичная, мышление конкретное. Больному не удаются даже элементарные обобщения. Не умеет читать и писать, считает в пределах десяти, но с ошибками. Не знает текущей даты, не может запомнить числа и месяца. Интересы крайне ограничены. Поведение больного в отделении носит однообразный характер, пассивно подчиняется режиму. Неряшлив, в отделении держится уединенно, ни с кем из больных не общается. Интереса ни к чему не проявляет. Знает свою койку в палате. Правильно называет свое имя и фамилию, но не знает, сколько

ему лет. Безразличен к посещению родных, радуется лишь только принесенным ему передачам, которые тотчас съедает. Обстановкой отделения не тяготится.
Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Общие представления о «личности», структура личности.
2. Основные этиологические концепции личностных расстройств. Критерии психопатий по П. Б. Ганнушкину.
3. Клиника истерического расстройства личности
4. Клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности
5. Общие представления об акцентуантах. Классификация акцентуированных личностей по К. Леонгарду.
6. Классификация акцентуаций характера по А. Е. Личко.
7. Дифференциальная диагностика акцентуаций и психопатий.
8. Клинические критерии умственной отсталости.
9. Клинические проявления различных степеней психического недоразвития при умственной отсталости.
10. Дифференциальная диагностика умственной отсталости и деменции.

Тема 4.1. Общая наркология.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Современное определение наркологии как самостоятельного раздела клинической психиатрии.
2. Содержание понятий психоактивное вещество, наркотическое вещество. Содержание понятий токсикомания и наркомания.
3. Основные формы и методы профилактики наркоманий и алкоголизма.
4. Основные этиологические факторы и патогенетические концепции формирования химической зависимости.
5. Этапность формирования химической зависимости. Современные представления о нейромедиаторных и нейрогуморальных механизмах формирования химической зависимости.
6. Порядок организации и проведения экспертизы состояния алкогольного опьянения. Методы количественного определения алкоголя в биологических средах организма. Руководящие документы при проведение медицинского освидетельствования.
7. Основные наркологические синдромы (измененной реактивности, психической и физической зависимости, последствий хронической интоксикации).
8. Донозологические формы употребления психоактивных веществ.
9. Синдром измененной реактивности.
10. Понятие толерантности к психоактивным веществам.
11. Синдром психической зависимости.
12. Клинические проявления психической зависимости.
13. Синдром физической зависимости.
14. Осложненный и неосложненный абстинентный синдром.
15. Синдром последствий хронической интоксикации.
16. Понятие дисметаболический синдром.
17. Основные специфические морфологические изменения при хронической интоксикации психоактивными веществами.

18. Роль наследственного фактора в формировании зависимостей.
19. Этиопатогенез алкогольной зависимости.
20. Этиопатогенез опиатной зависимости.
21. Этиопатогенез никотиновой зависимости.
22. Особенности этиопатогенеза других специфических видов зависимости от психоактивных веществ.
23. Донозологические формы употребления алкоголя.
24. Донозологические формы употребления табака.
25. Донозологические формы употребления седативных средств.
26. Донозологические формы употребления седативных психостимуляторов.
27. Донозологические формы употребления каннабиноидов.
28. Донозологические формы употребления галлюциногенов.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. В соответствии с приказом МЗ РФ от 18.12.2015 г. № 933н по результатам освидетельствования определяется:
   a. Степень алкогольного опьянения
   b. Факт алкогольного опьянения
   c. Состояние психической деятельности
   d. Неврологические нарушения

2. Закон Российской Федерации, определяющий характер оказания психиатрической помощи называется:
   a. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
   b. «О психиатрической помощи гражданам Российской Федерации»
   c. «О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи»

3. Заявление в суд по вопросу о госпитализации лица в недобровольном порядке подается:
   a. Родственниками лица
   b. Участковым психиатром
   c. Представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо
   d. Комиссией врачей-психиатров психоневрологического диспансера

4. Какова правильная формула юридического критерия невменяемости (ст.21 УК РФ)?
   a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
   b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
   c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
   d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
   e. Не мог правильно руководить своими действиями

5. Сведения о состоянии психического здоровья гражданина имеют право запрашивать:
   a. Никому не дано такого права
   b. Соседи
   c. Его сотрудники по работе
   d. Судебно-следственные органы и вышестоящие органы здравоохранения
   e. Участковые врачи территориальных поликлиник

6. Толерантность при употреблении психоактивных веществ имеет одно из следующих

определений:

a. Психический комфорт в токсикоманической интоксикации, обсессивное или компульсивное влечение к употребляемому веществу

b. Физический комфорт в токсикоманической интоксикации, явления абстиненции при внезапной отмене употребляемого вещества

c. Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта

7. Абстиненция это:

a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстрой

b. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

c. Потеря способности запоминать текущие события

d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций

e. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность

8. Нарушения нейрофизиологических процессов при формировании алкоголизма определяются:

a. вовлечением в процесс системы, организующей положительное эмоциональное поведение

b. торможением негативных зон, входящих в систему отрицательного подкрепления

c. устойчивым патологическим состоянием, поддерживаемым за счет формирования матрицы долговременной памяти

9. Ведущими звеньями патогенеза наркоманий являются все перечисленные, кроме:

a. нарушения функции катехоламиновой системы

b. нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток

c. нарушения обмена серотонина

d. перестройки опиатных рецепторов

e. нарушения обмена витаминов группы В

10. Абстинентный синдром при злоупотреблении психоактивными веществами имеет одно из следующих определений:

a. Способность переносить возрастающие дозы употребляемого психоактивного вещества и потребность в увеличении дозы с целью достичь желаемого эффекта

b. Комплекс расстройств, появляющихся вслед за прекращением регулярного употребления психоактивного вещества, к которому имеется зависимость

c. Потеря количественного и ситуационного контроля за употреблением психоактивного вещества в токсикоманической интоксикации

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Выявить и оценить симптомы наркологического заболевания (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
2. Собрать жалобы и анамнез у наркологического пациента (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5)
3. Оценить симптомы и выраженность основных проявлений наркологической патологии у пациента (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5).
4. Сформулировать предварительный диагноз (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5)
5. Сформировать план дополнительных исследований (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5).

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Современное определение наркологии как самостоятельного раздела клинической психиатрии.
2. Содержание понятий психоактивное вещество, наркотическое вещество. Содержание понятий токсикомания и наркомания.
3. Основные формы и методы профилактики наркоманий и алкоголизма.
4. Организация психиатрической помощи в РФ.
5. Правовые основы недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
6. Экспертиза временной нетрудоспособности, порядок ее проведения. Права медицинских работников при ее проведении. Функции документов, подтверждающих временную нетрудоспособность.
7. Основные разделы судебной психиатрии. Формула невменяемости и недееспособности.
8. Этапность формирования химической зависимости. Современные представления о нейромедиаторных и нейрогуморальных механизмах формирования химической зависимости.
9. Порядок организации и проведения экспертизы состояния алкогольного опьянения. Методы количественного определения алкоголя в биологических средах организма. Руководящие документы при проведение медицинского освидетельствования.
10. Медицинская экспертиза как вид медицинской деятельности – правовые основы организации и проведения. Виды медицинских экспертиз
11. Синдром измененной реактивности.
12. Понятие толерантности к психоактивным веществам.
13. Синдром психической зависимости.
14. Синдром физической зависимости.
15. Осложненный и неосложненный абстинентный синдром.
16. Синдром последствий хронической интоксикации, дисметаболический синдром.
17. Основные специфические морфологические изменения при хронической интоксикации психоактивными веществами.
18. Роль наследственного фактора в формировании зависимостей.
19. Этиопатогенез алкогольной зависимости.
20. Этиопатогенез опиатной зависимости.
21. Этиопатогенез никотиновой зависимости.

Тема 4.2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, лечение.
2. Степени алкогольного опьянения. Измененные формы простого алкогольного опьянения.
3. Стадии синдрома зависимости от алкоголя.
4. Алкогольные психозы: классификация, клинические разновидности, лечение.
5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Клинические проявления. Принципы лечение.
6. Острые алкогольные психозы: алкогольный делирий, острый алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид.
7. Хронический алкогольный галлюциноз.
8. Корсаковский психоз, алкогольный бред ревности.
9. Патологическое опьянение. Клинические проявления, диагностика,

дифференциальная диагностика.
10. Клиническая характеристика алкогольной энцефолопатии.
11. Медикаментозная терапия алкоголизма. Основные принципы противоалкогольного лечения.
12. Клиника абстинентного синдрома при зависимости от алкоголя.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Для алкогольного делирия характерно следующее развитие:
a. Делирий развивается на фоне тяжелого алкогольного опьянения
b. Делирий развивается на фоне тяжелой алкогольной абстиненции
c. Делирий развивается на фоне атипичного алкогольного опьянения с депрессивным или маниакальным аффектом

2. Назовите признаки, достоверно указывающие на наличие II стадии алкоголизма:
a. В состоянии опьянения отмечены повторные эпизоды агрессивного или асоциального поведения
b. В последнее время алкогольные напитки употребляются в одиночестве
c. За последние десять лет возросла средняя доза алкоголя, вызывающая субъективное ощущение опьянения
d. Прекращение алкоголизации сопровождается появлением потливости, тремора, диспептических расстройств, бессоницы, сниженного настроения, тревожности и других нарушений, которые купируются приемом алкроголя
e. На протяжении последних двух лет алкоголь стал употребляться значительно чаще
f. После массированной алкоголизации, продолжавшейся несколько дней, на фоне бессоницы, тревожности и выраженных вегетативных нарушений развился делирий

3. На какой стадии алкоголизма появляется синдром измененной реактивности?
a. на I стадии
b. на II стадии
c. на III стадии

4. Для эксплозивного варианта, измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме:
a. слабо выраженной и кратковременной эйфории
b. вспышек резкого недовольства, раздражения или злобы, повторяющихся в состоянии опьянения неоднократно
c. тревожно-тоскливого аффекта
d. конфликтности
e. изменения содержания высказываний и поведения соответственно изменению аффекта

5. Для маниакального варианта, измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. повышенного настроения с беспечностью и благодушием
b. двигательного возбуждения с назойливым приставанием, повышенной откликаемостью на окружающее
c. дурашливости
d. непродолжительных вспышек раздражения
e. ментизма

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6,

ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
В 22:15. к дежурному врачу по районной больнице доставили больного К. в бессознательном состоянии. Со слов сопровождавших, К. при задержании передвигался с трудом, падал, не мог самостоятельно подняться с земли. В положении стоя сильно качался. Внятно не ответил ни на один вопрос. По дороге в больницу в машине заснул. В помещении попытка разбудить успеха не принесла. Во время звонка родственникам К. было выяснено, что приблизительно с 19:30 в компании знакомых в течение полутора часов он, закусывая конфетами, выпил около бутылки вина и не менее бутылки водки. Дальнейшие события неизвестны.
При осмотре: На одежде следы рвотных масс. Брюки и нижнее белье мокрые, со свежим запахом мочи. Изо рта сильный запах алкоголя. Кожный покров чистый, бледный, холодный, влажный. Губы синюшные. Пульс слабого наполнения, 64 удара в мин., АД 85/40, нижняя граница определяется с трудом. Тоны сердца равномерно приглушены. Дыхание неровное – поверхностные дыхательные экскурсии сменяются глубоким вздохом, частота: 8-10 экскурсий в мин. Сознание выключено. Не реагирует на болевые раздражители. Зрачки одинаково расширены. Реакция зрачков на свет вялая. Роговичный рефлекс ослаблен. Сухожильные рефлексы снижены.
Вопросы:

1. Ваше представление о пострадавшем?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей помощи?

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной А., 45 лет, обратился за помощью в психиатрическую клинику. Жалобы при поступлении на чрезмерное злоупотребление алкоголем, явления похмелья в утренние часы с рвотой и головной болью, отсутствие аппетита, тягу к алкоголю, быструю утомляемость, низкую работоспособность, ухудшение памяти, бессонницу, сниженное настроение, потерю интереса к окружающей жизни, тревожность, дрожание рук, боль в области сердца, периодическую опоясывающую боль, боль и онемение в области голеней.
Со слов больного и его матери наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался без особенностей. Предпочитал находиться в центре внимания сверстников. Был склонен к лживости, фантазированию. После средней школы продолжил образование в ПТУ. Работал слесарем. В 19 лет был призван на военную службу. К службе адаптировался легко, имел поощрения от командования. После службы поступил в технический ВУЗ. Учился средне. По окончании ВУЗа работал по специальности. Отношения с начальством на последнем месте работы характеризует как конфликтные, однако на работе было много друзей, которые «сочувствовали и были на его стороне». После с работы занимался мелким бизнесом, несколько раз менял место работы, зарабатывал извозом на личном автомобиле. Последние полгода практически не работает. Около года назад в пьяном виде попал в автокатастрофу. От механической травмы пострадал правый

глаз с ослаблением зрения. Проживает в пригороде Санкт-Петербурга в 2-х комнатной квартире. Женат. Отношения с женой конфликтные, «на грани развода». Около года жил с другой женщиной, после ссоры с которой, «вернулся в семью». Имеет двух дочерей. Со старшей дочерью, которая проживает отдельно, отношения также конфликтные. С младшей дочерью пятнадцати лет, отношения хорошие.

Злоупотребляет алкоголем в течение последних 10-15 лет. Из-за пьянства понижался в должности, имел дисциплинарные взыскания. В возрасте 35 лет привлекался к суду чести за нарушение дисциплины и этических норм поведения. Дома в пьяном виде угрожал жене побоями. Жена неоднократно ночевала у соседей. Потом плакал, просил прощения, обещал, что «больше такого не повторится». Шантажировал самоубийством. Пьянство носило практически ежедневный характер. Вместе с тем, после очередного конфликта в семье и на работе самостоятельно прекратил употребление алкоголя. Период трезвости продолжался три года. В дальнейшем возобновил алкоголизацию. Неоднократно лечился амбулаторно у частных врачей. Ремиссии до 3 месяцев. Последний год алкоголь употреблял ежедневно до 0,5 л водки. После автомобильной аварии алкоголизация резко усилилась. Последнее употребление – за два дня до осмотра.

При осмотре: лицо гиперемировано, сосуды склер инъецированы. Отмечаются повышенная потливость, крупноразмашистый тремор. Пульс 94 удара в мин., АД 180/110, выслушивается акцент второго тона на аорте. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 1,5-2 см из-под реберной дуги. На УЗИ определяется изменение плотности печеночной ткани, признаки отека поджелудочной железы. Анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Больной тревожен. Настроение резко снижено. Мышление вязкое, с ипохондрической фиксацией на соматическом состоянии. Высказывает идеи опасения за свою жизнь. Неохотно и формально отвечает на вопросы, касающиеся личной жизни.

В течение первой недели стационарного лечения состояние значительно улучшилось, нормализовались ночной сон, аппетит, настроение. Время проводит среди больных. Общителен, деятелен. Опрятно одет. В беседе подробно и охотно рассказывает о себе. Речь цветистая. Свою жизнь представляет, как «цепь нереализованных возможностей», а себя как «жертву обстоятельств и непонимания», «борца за правду». Ищет сочувствия к себе: «Кому нужен слепой инвалид?». Во всех житейских ситуациях обвиняет окружающих. В поведении демонстративен. Особо обращает внимание высказываниями, произнесенными «вскользь», о работе на «секретных объектах», что не подтверждается женой и матерью. Установка на прекращение алкоголизации формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной И., 67 лет, поступил в психиатрическое отделение переводом из терапевтической клиники, где находился на лечении в течение 7 дней. Со слов больного и его родственников отличался мягким покладистым характером. На протяжении 20 лет занимал крупные должности в машиностроительной отрасли, пользовался большим авторитетом, имел правительственные награды. В настоящее время сохраняет пост в совете директоров

промышленного объединения. Однако женой сразу было указано, что его служебные обязанности во многом формальные, что он полностью не владеет ситуацией на производстве, выполняя в основном представительские функции. Длительное время страдает ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Десять лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт заднебоковой стенки миокарда. Шесть лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда. Многие годы злоупотребляет алкоголем. Пьянство носило преимущественно запойный характер, когда несколько недель алкоголь употреблялся ежедневно в больших дозах, затем следовал перерыв 3-4 месяца. В возрасте от 45 до 60 лет имел длительные, по несколько лет, периоды абсолютной трезвости как связанные с противоалкогольным лечением, так и не связанные. Последние шесть лет, после перенесенного инфаркта миокарда, вопреки ожиданиям родственников, алкоголизация существенно усилилась. Периоды между запоями сократились, а продолжительность самих запоев увеличилась. В последний год отмечено повышение чувствительности к алкоголю - стал пьянеть от 50 – 100 г водки. Появилась неразборчивость в спиртных напитках. Был замечен в употреблении суррогатов алкоголя. Отмечены также значительные личностные изменения, ослабление памяти. Стал безынициативным, безразличным к семье, утратил интерес к окружающей жизни. Появилось слабодушие: временами без причины слезлив, иногда в приподнятом настроении. На работу даже в трезвом состоянии не выходит подряд несколько дней. Незадолго до госпитализации по инициативе родственников был осмотрен психиатром. Основанием усомниться в психическом здоровье пациента у родственников были веские причины. Так, больной дал в долг случайному собутыльнику крупную сумму денег. Находясь дома, имея в распоряжении обычный телефон, истратил за неделю на телефонные переговоры по мобильной связи более $900. На фоне ежедневной алкоголизации появились жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Был госпитализирован в терапевтическую клинику.

В переводном эпикризе, в частности указано, что больной был доставлен скорой помощью с диагнозом направления «острый инфаркт миокарда». При поступлении имелись жалобы на боли за грудиной, одышку в покое, головную боль, головокружение. АД: 210/140. При обследовании инфаркт миокарда не был подтвержден. Был установлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Недостаточность кровообращения 2 степени. Гипертоническая болезнь 2 – 3 стадии, алкогольный абстинентный синдром». На 2 сутки лечения антигипертензионными и коронаролитическими средствами боли за грудиной исчезли, одышка заметно уменьшилась, АД стабилизировалось на показателях 180/110. На фоне улучшения соматического состояния на 3 сутки появились повышенное потоотделение, выраженный тремор, суетливое возбуждение. Среди ночи собрал вещи. Заявил, что надо срочно на работу и что его ждет машина. Тихо разговаривал сам с собой. Заявил медсестре, что ему уже несколько раз звонили с работы и из дома по телефону. После внутримышечной инъекции диазепама 0,5% - 4 мл, спал до утра. Днем была нарушена ориентировка: самостоятельно не мог найти столовую и туалет. Дезориентировка в окружающем была отмечена и на следующий день. На пятые сутки лечения в месте, времени и собственной личности ориентировался правильно. Отмечались выраженная астения, апатия. События прошедших двух дней почти не помнил. В последующие дни состояние без существенной динамики. По настоянию родственников согласился на перевод в клинику психиатрии.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Память на недавние события ослаблена. По записи на бумаге называет имя врача, профессора и полное название терапевтической клиники. Настроение не снижено. Безразличен к окружающей обстановке, «всем доволен». Считает, что «уже вылечился», но согласен остаться в клинике «как скажет врач». Мимика бедная. Отмечаются элементы идеаторной и моторной заторможенности. В беседе формален, пассивен. На вопросы отвечает преимущественно односложно. Содержанием лечения не интересуется. Критика к своему состоянию отсутствует. Сторонится других больных, время проводит в одиночестве.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию медицинской помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Этиопатогенез алкоголизма.
2. Донозологические формы употребления алкоголя.
3. Злоупотребление алкоголем.
4. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, диагностика, лечение.
5. Острые алкогольные психозы: классификация, клинические проявления, лечение.
6. Осложненная и неосложненная абстиненция, клинические проявления, тактика лечения.
7. Хронические алкогольные психозы: классификация, клинические проявления, лечение.
8. Патологическое опьянение. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика.
9. Судорожный синдром при алкоголизме: клинические проявления, тактика лечения.
10. Медикаментозная терапия алкоголизма. Основные принципы противоалкогольного лечения.

Тема 4.3. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением наркотических и других психоактивных веществ.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Этапы формирования наркотической зависимости.
2. Клиника абстинентного синдрома при зависимости от опиоидов.
3. Клиника абстинентного синдрома при зависимости от кокаина и других стимуляторов.
4. Клиника астинентного синдрома при зависимости от каннабиноидов.
5. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов. Клинические проявления. Принципы лечения.
6. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления наркотических психостимуляторов: производных эфедрина, амфетамина. Общая характеристика, спектр препаратов. Клиника острой и хронической интоксикации. Социальные последствия. Профилактические стратегии
7. Полинаркомании. Клинические проявления. Принципы лечения.
8. Социальные последствия опиоидной зависимости. Профилактические стратегии. Стратегии снижения ущерба. Метадоновая программа.
9. Клиника острой и хронической интоксикации каннабиноидами. Социальные последствия. Профилактические стратегии.
10. Инъекционное потребление наркотических средств, рискованные формы употребления и их последствия
11. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления дизайнерских
12. наркотических средств.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Форма зависимости, при которой абстинентный синдром обычно отсутствует:

a. Опийная
b. Гашишная
c. От барбитуратов
d. От стимуляторов
e. От седативных препаратов

2. В соответствии с МКБ-10, наркотик кокаин относится к:
a. Алкалоидам опия
b. Каннабиоидам
c. Стимуляторам
d. Седативным средствам
e. Анаболикам

3. При лечении наркологических заболеваний используется:
a. Бисекурин
b. Фенилин
c. Бромкриптин
d. Флакозид
e. Хлортрианизен

4. Какие группы психофармакологических препаратов из перечисленных ниже вызывают токсикоманическую зависимость?
a. Производные фенотиазина
b. Производные бутирофенона
c. Соли лития
d. Производные бензодиазепина
e. Производные тиоксантена

5. Метадон относится к:
a. Опиатам
b. Психостимуляторам
c. Галлюциногенам
d. Бензодиазепинам

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С., 32 лет, родился в семье военнослужащего, вторым ребенком. С 16 лет употребляет алкоголь, эпизодически «пробовал» анашу. После службы в армии по призыву на одном из молодежных вечеров кто-то из знакомых предложил уколоться морфием. Согласился и сразу же отметил, что эйфория от этого препарата более приятна, чем та, которую вызывает курение анаши. К тому же быстрее наступает эффект и эмоционально положительные ощущения были гораздо более выражены. Появлялась легкость в движениях, «деятельность», все тело пронизывалось «блаженной энергетикой». В скором времени «все мысли» были заняты желанием очередного употребления наркотика, т.к. только под воздействием морфия удавалось достигать оптимального психологического комфорта. При

регулярном приеме препарата приходилось (для достижения желаемого эффекта) постоянно увеличивать дозу. Перед поступлением в стационар она составляла, со слов больного, до 40 мл 2 % раствора морфия. При отмене наркотика через 12-20 часов появлялись рвота, понос, сильные боли в пояснице. Все эти симптомы легко купировались употреблением очередной дозы. С наступлением зависимости от препарата у больного нарушились социальные связи, разладились семейные отношения, он перестал работать. Это твердо убедило больного в необходимости лечиться, хотя осознание своей болезни было и раньше.

При соматическом обследовании: больной астенического телосложения, кожа бледная, склеры гиперемированы; температура тела 37,2˚С, АД 100/70 мм рт. ст.; на локтевых сгибах рубцы от инъекций; сердечные тоны чистые, усилены; тремор пальцев рук; жалобы на сонливость, разбитость, ломоту в суставах.

В беседе больной эмоционально лабилен, быстро истощается, конфликтен. Требует таблетки, чтобы заснуть.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больная М., 18 лет, находится на психиатрическом отделении по поводу употребления героина. Впервые попробовала наркотик полтора года назад, на дискотеке в компании своих знакомых. Вспоминает, что, когда они сидели у одного из друзей в машине, вдруг перед ней появился компакт-диск с целой «горой» белого порошка. «Моментально» были сделаны «дорожки» и все участники компании с помощью «трубочек» от авторучек стали вдыхать героин. Первый раз ничего кроме легкого одурманивания и тошноты не почувствовала. Однако в дальнейшем, после употребления наркотика стало появляться неудержимая «энергия», можно было «веселиться до утра». В течение полугода употребляла героин только интранозально, однако, позже кто-то сказал, что настоящий «кайф» можно получить лишь от внутривенного употребления. И действительно, «приход» после укола в вену был гораздо «богаче» по сравнению с простым вдыханием героина. В дальнейшем быстро сформировалась зависимость, в период вынужденного воздержания от употребления наркотика «чувствовала себя, как при гриппе»: появлялся насморк, слезились глаза, «ломало» мышцы и суставы. Для получения удовольствия требовалось все больше и больше препарата, поэтому доза вводимого вещества с каждым разом увеличивалась. Родители М. – высокоинтеллигентные, хорошо обеспеченные люди длительное время не замечали, что с их дочерью «творится что-то неладное». Однако, когда истина стала очевидна, начали активно «лечить» свою дочь: возили ее по разным клиникам, консультировали у ведущих специалистов. В итоге было рекомендовано стационарное лечение, в результате чего М. оказалась в больнице.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

В приемное отделение был доставлен мужчина, на вид 35 лет. Оставленный на койке, он метался, его тело билось и корчилось в конвульсиях, покрывалось крупными каплями пота. Время от времени начинались мучительные судорожные позывы к рвоте и поносу. Больной плакал, ругался, умолял, грозил, кричал диким голосом: «Спасите! Умираю! Доктор, укол! Будьте вы прокляты! Черви, белые черви грызут меня! Убейте червей!» Он с омерзением стряхивал с себя что-то невидимое. И снова начинал кататься по койке, рыча от боли и скрежеща зубами. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Утверждает, что ему 24 года.

Соматическое состояние: астеническое телосложение, пониженное питание, кожа «высохшая», бледная, на внутренних поверхностях предплечий рук по ходу подкожных вен рубцы в виде «трасс»; склеры гиперемированы, мидриаз; пульс 96 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., сердечные тоны чистые, усилены; частота дыхания 30 в мин.; тремор пальцев рук, профузный пот.

Вопросы:

1. Вероятный диагноз?
2. Расскажите общие принципы лечения.

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5).

1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов. Клинические проявления. Принципы лечения.
2. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления наркотических психостимуляторов: производных эфедрина, амфетамина. Общая характеристика, спектр препаратов. Клиника острой и хронической интоксикации. Социальные последствия. Профилактические стратегии
3. Полинаркомании. Клинические проявления. Принципы лечения.
4. Социальные последствия опиоидной зависимости. Профилактические стратегии. Стратегии снижения ущерба. Метадоновая программа.
5. Инъекционное потребление наркотических средств, рискованные формы употребления и их последствия
6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических средств.

Тема 5.1. Методы лечения психических расстройств. Основы психофармакологии.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Исторические этапы развития терапии психических расстройств.
2. Современная классификация психотропных препаратов. Принципы медикаментозной терапии психических расстройств.
3. Клиническая фармакология типичных нефролептиков (антипсихотиков). Преимущества и побочные эффекты терапии.
4. Клиническая фармакология атипичных нейролептиков (антипсихотиков). Преимущества и побочные эффекты терапии.
5. Клиническая фармакология антидепрессантов. Побочные эффекты терапии.
6. Клиническая фармакология транквилизаторов. Побочные эффекты терапии.
7. Клиническая фармакология нормотимиков. Побочные эффекты терапии.
8. Общие принципы медикаментозной терапии аффективных расстройств.
9. Общие принципы медикаментозной терапии расстройств шизофренического спектра.
10. Препараты для лечения деменции. Классификация, показания, побочные эффекты терапии.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Амитриптилин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

2. Диазепам относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

3. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

4. Какой из перечисленных синдромов обусловлен побочным действием нейролептиков?
a. Делириозный синдром
b. Судорожный синдром
c. Экстрапирамидный синдром

5. Тригексифенидил в комплексной терапии шизофрении применяется с целью:
a. Усиления антипсихотических эффектов нейролептиков
b. Уменьшения выраженности побочных эффектов нейролептиков
c. Предупреждения развития терапевтической резистентности при длительной терапии нейролептиками

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА**

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больному в результате проведенного обследования установлен диагноз – Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная тип (F 00.9).
Ведущими в клинической картине являются прогрессирующее снижение памяти и эпизоды психомоторного возбуждения.
Вопросы:
1. Укажите стандарт оказания помощи данному больному.

2. Укажите группы и основных наименования лекарственных препаратов из этих групп, применяемых для терапии данного психического расстройства.

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больному в результате проведенного обследования установлен диагноз – Делирий на фоне деменции (F 05.1).
Ведущими в клинической картине являются эпизоды спутанности с преобладанием иллюзорно-галлюцинаторной симптоматики и психомоторного возбуждения.
Вопросы:

1. Укажите стандарт оказания помощи данному больному.
2. Укажите группы и основных наименования лекарственных препаратов из этих групп, применяемых для терапии данного психического расстройства.

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больному в результате проведенного обследования установлен диагноз – Органическое психотическое депрессивное расстройство (F 06.32).
Ведущими в клинической картине являются сниженное настроение и бредовые идеи самоуничижения и ипохондрического содержания.
Вопросы:

1. Укажите стандарт оказания помощи данному больному.
2. Укажите группы и основных наименования лекарственных препаратов из этих групп, применяемых для терапии данного психического расстройства.

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Исторические этапы развития терапии психических расстройств.
2. Клиническая фармакология нейролептиков.
3. Клиническая фармакология антидепрессантов.
4. Клиническая фармакология транквилизаторов.
5. Клиническая фармакология нормотимиков.
6. Клиническая фармакология нейрометаболических средств и адаптогенов.
7. Клиническая фармакология психостимуляторов.
8. Использование психодизлептиков в терапии психических расстройств.
9. Побочные эффекты терапии психотропными препаратами.
10. Современные классификации психотропных препаратов.

Тема 5.2. Методы лечения психических расстройств. Немедикаментозные методы лечения психических расстройств.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Основные методы немедикаментозной терапии психических расстройств: эфферентная терапия, электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная

стимуляция, нейрохирургическая коррекция.

2. Показания и «абсолютные» противопоказания для проведения психотерапии. Критерии эффективности психотерапии. Применение психотерапии в лечении наркологической патологии.
3. Классификация методов психотерапии, основные показания для проведения индивидуальной и групповой психотерапии.
4. Применение психотерапии для лечения невротических и связанных со стрессом расстройств.
5. Современные методы психотерапии синдрома зависимости от алкоголя.
6. Виды психодинамической психотерапии, показания к применению.
7. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Виды, показания к применению.
8. Применение психотерапии в лечении расстройств личности. Показания и критерии эффективности.
9. Кризисная психотерапия. Особенности психотерапии больных с суицидальным риском.
10. Трансперсональная психотерапия (принципы проведения, показания к применению).

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Методы психотерапии патогенетически обоснованы в комплексной терапии:
a. Аффективных расстройств
b. Шизофрении
c. Невротических расстройств
d. Эпилепсии
e. Отдаленных последствий черепно-мозговой травмы

2. Аутогенная тренировка противопоказана в перечисленных случаях, кроме:
a. Острых эмоционально-вегетативных кризов
b. Стенокардии
c. Состояний с явлениями неясного сознания

3. Понятие «общая психотерапия» – это все перечисленное, кроме:
a. Создания охранительно-восстановительного режима
b. Предупреждения психогений
c. Устранения ятрогенных факторов
d. Наркопсихотерапии

4. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся все перечисленные, кроме:
a. Рациональной психотерапии
b. Ситуационно-психологического тренинга
c. Внушения наяву
d. Гипнотерапии

5. Групповыми методиками психотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме:
a. Гипнотерапии
b. Функциональной тренировки
c. Аутотренинга
d. Ситуационно-психологического тренинга

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

Способность оценивать симптомы основных наркологических заболеваний

1. Совместное с врачом-психиатром наркологом обследование и ведение больных
2. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с аддиктивной патологией
3. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при аддиктивной патологии
4. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения аддиктивной патологии
5. Проводить дифференциальную диагностику аддиктивной патологии
6. Умение назначать и выписывать рецепты на психотропные, в том числе по федеральным и региональным льготам
7. Овладеть навыками реабилитации больных с аддиктивной патологией
8. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни

Темы докладов (проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-9, ОПК-10, ПК-5).

1. Основные методы немедикаментозной терапии психических расстройств: эфферентная терапия, электросудорожная терапия, транскраниальная магнитная стимуляция, нейрохирургическая коррекция.
2. Классификация методов психотерапии, основные показания для проведения индивидуальной и групповой психотерапии.
3. Применение психотерапии для лечения невротических и связанных со стрессом расстройств.
4. Современные методы психотерапии синдрома зависимости от алкоголя.
5. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Виды, показания к применению.
6. Семейная психотерапия. Виды, показания к применению
7. Применение психотерапии в лечении расстройств личности. Показания и критерии эффективности.
8. Кризисная психотерапия. Особенности психотерапии больных с суицидальным риском.
9. Трансперсональная психотерапия. Виды, показания к применению.
10. Арт-терапия. Виды, показания к применению.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 1

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые компетенции – УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

1. Предмет и задачи психиатрии. Основные этапы становления и современное состояние психиатрии.
2. Организация психиатрической помощи в РФ.
3. Принципы организации психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций.
4. Психология лечебного процесса. Основы этики и деонтологии.
5. Дополнительные методы диагностики в психиатрии. Экспериментально-психологические методы обследования.
6. Понятие нервно-психической неустойчивости. Признаки нервно-психической неустойчивости.
7. Основные положения суицидологии. Особенности выявления группы риска.
8. Плановая и неотложная госпитализация в психиатрический стационар.

9. Основные разделы судебной психиатрии. Формула невменяемости и недееспособности.
10. Клинико-психопатологический метод обследования. Особенности описания психического статуса.
11. Расстройства восприятия.
12. Расстройства мышления.
13. Расстройства памяти.
14. Психоорганический синдром: структура, клинические разновидности.
15. Делириозный синдром: структура, этапы развития, клинические разновидности.
16. Онейроидный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
17. Синдром сумеречного помрачения сознания: клинические проявления, варианты, неотложная помощь.
18. Аментивный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
19. Паранойяльный синдром.
20. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо).
21. Парафренный синдром.
22. Кататонический синдром: структура, клинические варианты.
23. Астенический синдром: структура, клинические варианты.
24. Истерический синдром: структура, клинические варианты.
25. Обсессивно-фобический синдром: структура, клинические варианты.
26. Ипохондрический синдром: структура, клинические варианты.
27. Депрессивный синдром: структура, клинические варианты.
28. Депрессивный синдром: психотическая и непсихотическая депрессии, диагностические критерии депрессивного эпизода.
29. Маниакальный синдром: структура; простые, смешанные и сложные мании.
30. Классификации психический расстройств.
31. Психические расстройства при травмах головного мозга.
32. Психические расстройства при энцефалитах.
33. Шизофрения, простая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
34. Шизофрения, параноидная форма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
35. Шизофрения, кататоническая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Шизофрения, гебефреническая форма: клинические проявления, дифференциальная диагностика.
37. Аффективные расстройства: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
38. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39. ПТСР, клиника, лечение.
40. Тревожно-фобические и прочие тревожные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Обсессивно-компульсивное расстройство: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Конверсионные и диссоциативные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
43. Соматоформные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
44. Девиантное поведение: формы, их отношение к психическим расстройствам, профилактика.
45. Расстройства личности: критерии диагностики П. Ганнушкина, критерии диагностики по МКБ-10, классификации.
46. Расстройства личности (параноидное, шизоидное): клинические проявления.
47. Расстройства личности (истероидное, эмоционально-неустойчивое, диссоциальное):

клинические проявления.

48. Расстройства личности (ананкастное, тревожное, зависимое), клинические проявления.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Аггравация:
a. Умышленное изображение уже исчезнувших симптомов психической болезни
b. Умышленное сокрытие имеющихся психических расстройств в виде «формальной критики»
c. Умышленное изображение психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию
d. Умышленное изображение психической болезни психически здоровым лицом
e. Умышленное преувеличение симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни

2. Какие из понятий относятся к эмоционально-волевым психическим процессам?
a. Чувства
b. Внимание
c. Воля
d. Эмоции

3. Основными принципами психологии являются?
a. Детерминизм
b. Целостность
c. Единство сознания и деятельности
d. Личностный подход

4. Инстинктивные формы поведения:
a. Запрограммированы от рождения
b. Менее сложны, чем рефлексы
c. Не могут изменяться в результате опыта
d. У человека более многочисленны, чем у других видов

5. Человек – единственное существо, способное:
a. Передавать информацию о прошлых и будущих событиях
b. Пользоваться орудиями
c. Жить в сообществах

6. Присущая человеку социальная структура дает детям возможность:
a. Получать хороший уход
b. Воспринимать социальные и культурные обычаи
c. Усваивать опыт предшествующих поколений

7. Стресс связан:
a. С прогрессирующим истощением резервов организма
b. С неожиданной и острой ситуацией
c. Со способностью каждого идти на риск

8. Сензитивные периоды – это такие периоды развития, во время которых:
a. Научение затруднено
b. Организм достигает зрелости

c. Организм более восприимчив к тому или иному научению
d. Созревание осуществляется быстрее всего

9. Эффективность деятельности, связанной с тем или иным научением, зависит:
a. От состояния сознания
b. От стресса
c. От ситуации, в которой эта деятельность осуществляется

10. Изучением связей между нервной системой и поведением занимается главным образом:
a. Зоопсихология
b. Парапсихология
c. Психофармакология
d. Психофизиология

11. Клинический психолог НЕ:
a. Играет ту же роль, что и психиатр
b. Всегда работает один на один с пациентом
c. Занимается лишь случаями, требующими применения терапии

12. Проявления сексуального поведения у людей:
a. Строго управляется внутренними механизмами
b. Определяются культурой
c. Относительно сходны в различных культурах
d. Мало видоизменяются в многочисленных культурах

13. Только женщина (в отличие от самок животных):
a. Знакома с оргазмом
b. Сексуально активна на протяжении всего года
c. Остается сексуально активной в период менопаузы

14. Интенсивность наших эмоций зависит главным образом:
a. От восприятия данной обстановки
b. От уровня бодрствования
c. От анализа полученных сведений
d. От значения той потребности, с которой связана эмоция

15. Отрицательные эмоции возникают оттого, что имеющаяся информация:
a. Избыточна
b. Недостаточна
c. Достаточна
d. Почти достаточна

16. К основным понятиям учения И.П. Павлова НЕ относятся следующие:
a. Феноменология
b. Закон прегнантности
c. Интроспекция

17. А.А. Ухтомским изучались все перечисленные нервные процессы, кроме:
a. Возбуждения
b. Торможения
c. Лабильности

d. Переноса

18. Главным системообразующим фактором в теории функциональных систем П.К. Анохина является:
A. Мотивация
B. Результат
C. Поведенческая регуляция
D. Обратная афферентация

19. Выделяют следующие классы проявления бессознательного, кроме:
a. Подсознательных явлений
b. Неосознаваемых побудителей деятельности
c. Неосознаваемых регуляторов способов действий
d. Проявлений субсенсорного восприятия
e. Перцептивных действий

20. Различают следующие формы эмоционального стресса:
a. Импульсивную
b. Тормозную
c. Генерализованную

21. Различают все следующие виды стрессоров, кроме:
a. Физиологических
b. Анатомических
c. Психологических

22. Клиническая психология имеет следующие разделы:
a. Патопсихологический
b. Нейропсихологический
c. Соматопсихологический

23. Понятие пропорции темперамента связано с именем:
a. О.В. Кербикова
b. Э. Кречмера
c. В.М. Бехтерева
d. Т.И. Юдина
e. К. Шнейдера

24. Тревожно-мнительный характер описал:
a. С.А. Суханов
b. А.В. Снежневский
c. Т. Биликевич
d. Н. Петрилович
e. К.И. Платонов

25. Внутренняя картина болезни включает в себя:
a. Данные рентгенологического исследования
b. Все то, что удается получить с помощью биохимического исследования
c. Все то же самое, что и субъективные жалобы больного
d. То, что знает больной о своей болезни из медицинской литературы, а также всю массу болезненных, тягостных ощущений

26. Стресс (по Г.Селье) – это:
a. Нервное вредоносное напряжение
b. Неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
c. Вид дистресса
d. Защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором

27. Олицетворенное осознавание – это:
a. Искажение ощущения формы и величины своего тела или отдельных его частей
b. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое
c. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «Я» и «Не Я», между миром внутренним и внешним, между реальность и образом, созданным аутистическим миром больного
d. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
e. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувств

28. Что такое идентичность человека?
a. Его уподобление другим людям
b. Чувство самого себя, собственной "самости"
c. Синоним понятия "личность"
d. Синоним понятия "характер"

29. Патопсихология как наука – это раздел:
a. Психиатрии
b. Психологии
c. Психопатологии
d. И психиатрии, и психологии одновременно

30. Ощущение – это:
a. Отражение свойств предметов объективного мира, возникающее при их непосредственном воздействии на рецептор
b. Познавательный психический процесс, отражающий отдельные свойства и качества предметов внешнего мира и внутреннего состояния организма
c. Целостное отражение предметов, возникающее при непосредственном воздействии их на рецепторы

31. Какие из перечисленных понятий можно отнести к свойствам восприятия?
a. Предметность
b. Контрастность
c. Константность

32. Сенсопатии относятся к:
a. Патологии эмоций
b. Патологии влечений
c. Психосенсорным расстройствам
d. Патологии ощущений

33. Сенестопатии характеризуются:
a. Нарушением сознания
b. Необычайным характером испытываемых ощущений
c. Переживанием искаженного восприятия внешних объектов
d. Тягостными, мучительными неприятными ощущениями
e. Ровным фоном настроения
f. Наличием выраженной сомато-неврологической патологии

34. Иллюзии возникают у:
a. Психически здоровых людей
b. При различных психических расстройствах
c. Психически здоровых и психически больных лиц

35. Аффективные иллюзии относятся к:
a. Сенсопатиям
b. Патологическим иллюзиям
c. Психосенсорным расстройствам
d. Функциональным галлюцинациям

36. Прогностически благоприятными являются галлюцинации:
a. Зрительные
b. Обонятельные
c. Псевдогаллюцинации
d. Вкусовые
e. Истинные
f. Тактильные

37. Классическое описание псевдогаллюцинаций принадлежит:
a. И.М. Балинскому
b. В.Х. Кандинскому
c. В.П. Осипову
d. С.С. Корсакову

38. Псевдогаллюцинациям свойственно:
a. Проекция галлюцинаторных образов «во вне»
b. Чувство «насильственности», «сделанности»
c. Чувственная яркость, живость
d. Выраженные астенические проявления

39. Аутометаморфопсии относятся к:
a. Сенсопатиям
b. Деменции
c. Психосенсорным расстройствам
d. Псевдогаллюцинациям
e. Расстройствам памяти

40. Метаморфопсии – это:
A. Искажение восприятия формы или величины своего тела
B. Нарушение ориентировки в собственной личности
C. Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства

41. Акоазмы:
a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т.д.)
c. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
d. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
e. Элементарные слуховые обманы в виде шума, стука, грохота, шипения, выстрелов и т.д.

42. Дисморфомания представляет собой:
a. Болезненное убеждение в наличие физического недостатка
b. Бред величия
c. Моторный автоматизм
d. Ложные воспоминания
e. Депрессивный ступор

43. Синестезии являются разновидностью:
a. Иллюзий
b. Психосенсорных расстройств
c. Галлюцинаций
d. Сенсопатий
e. Псевдореминисценций

44. Иллюзии могут наблюдаться:
a. При психических расстройствах
b. У психически здоровых лиц

45. Акоазмы относятся к:
a. Аутометаморфопсиям
b. Элементарным зрительным галлюцинациям
c. Иллюзиям
d. Сенестопатиям
e. Элементарным слуховым галлюцинациям

46. Наиболее опасными для больного и окружающих являются галлюцинации:
a. Обонятельные
b. Тактильные
c. Фотопсии
d. Слуховые императивные
e. Речедвигательные

47. Галлюцинации гипнагогические – это:
a. Видения, возникающие непосредственно перед засыпанием, при закрытых глазах, на темном фоне зрения
b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
c. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при пробуждении
d. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия

e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

48. Галлюцинации императивные – это:
a. Слуховые галлюцинации в виде голосов, приказывающих (или наоборот запрещающих) совершать те или иные поступки, действия
b. Зрительные галлюцинации в виде образов людей, животных, неодушевленных предметов, отличающихся необычайно большими иногда гигантскими размерами
c. Зрительные галлюцинации в виде образов живых существ и неодушевленных предметов, отличающихся необычно малыми размерами
d. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор
e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор

49. Галлюцинации функциональные – это:
a. Зрительные или слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании или пробуждении
b. Ощущение явного присутствия в полости тела, обычно в животе, инородных предметов, живых существ
c. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на другой анализатор
d. Ощущение ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов
e. Галлюцинации, возникающие в сфере одного анализатора (зрительного, слухового, тактильного) при действии реального раздражителя на тот же анализатор

50. Иллюзии – это:
a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
b. Повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, сопровождающаяся неприятным субъективным чувством
c. Понижение восприимчивости к внешним раздражениям
d. Лишенные смыслового значения непроизвольные насильственные движения
e. Ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

51. Парейдолии – это:
a. Зрительные иллюзии фантастического содержания на фоне сниженного тонуса психической деятельности
b. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
c. Расстройство мышления, сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
d. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях
e. Крайнее обеднение запаса слов

52. Сенестопатии – это:
a. Усиление ощущений кожного чувства
b. Разнообразные нарушения со стороны моторной сферы, имеющие субъективный характер и не получающие отражения в данных объективного исследования: чувство потери равновесия, шаткости походки и т.д.

c. Нарушение восприятия «схемы тела» – искаженное восприятие собственного тела, физического (телесного) «Я»
d. Разнообразные, крайне неприятные тягостные ощущения, исходящие из разных областей тела, отдельных внутренних органов, без реальных соматических причин
e. Ощущения ползания по телу насекомых, появления на поверхности тела или под кожей посторонних предметов

53. Апрозексия, гипопрозексия, гиперметаморфоз относятся к патологии:
a. Памяти
b. Ощущений
c. Воли
d. Внимания
e. Восприятия

54. Гиперметаморфоз – это:
a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
d. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью
e. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением

55. Что является сенсорной основой эмоций?
a. Мышление
b. Ощущение
c. Речь
d. Внимание

56. Каковы основные функции эмоций?
a. Сигнальная
b. Энергетическая
c. Приспособительная
d. Регуляторная

57. Какие структуры мозга принимают наибольшее участие в формирование эмоций у человека?
a. Затылочная кора
b. Лимбическая система
c. Продолговатый мозг
d. Мозжечок

58. «Тоскливо-злобный» характер настроения обозначается как:
a. Дистимия
b. Гипотимия
c. Дисфория

59. «Тоска», «тревога» относятся к группам симптомов:
a. Неустойчивости эмоциональной сферы
b. Снижения настроения

c. Качественного искажения эмоций

60. Эмоциональная тупость наблюдается при:
a. Расстройствах личности
b. Алкогольном делирии
c. Шизофрении
d. Аффективных расстройствах
e. Невротических расстройствах

61. Апатия относится к группе симптомов:
a. Снижения настроения
b. Качественного искажения эмоций
c. Неустойчивости эмоциональной сферы

62. Аффект патологический:
a. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, помрачением сознания и искаженным восприятием окружающего, за чем следует амнезия
b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслабленность
c. Внезапно возникающее, обычно кратковременное состояние, характеризующееся глубокой дезориентировкой в окружающем, часто сопровождающееся галлюцинозом, острым образным бредом, аффектом тоски, злобы и страха, неправильным поведением
d. Ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий
e. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этим возможностей

63. Аффективная диссоциация:
a. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
b. Кратковременное состояние, возникающее в ответ на интенсивную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом на фоне аффектогенного сужения сознания, за чем следует общая расслаблен
c. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
d. Психическое расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность
e. Несоответствие содержания мышления аффективному фону

64. Эмоциональная тупость наблюдается при:
a. Алкоголизме
b. Невротических расстройствах
c. Органическом поражении головного мозга с психическими нарушениями
d. Расстройствах личности
e. Шизофрении
f. Эпилепсии

65. Эйфория – это:
a. Незначительный подъем настроения, сочетающийся с расторможенностью примитивных влечений, беспечностью, дурашливым поведением
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, благодушием, пассивной радостью
e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

66. Экстаз – это:
a. Повторение увиденных действий
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

67. Эмоциональное обеднение (аффективная тупость) – э то:
a. Повторение увиденных действий
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
e. Недостаточность или утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, равнодушие

68. Абулия характерна для:
a. Расстройств личности
b. Шизофреническом дефекте
c. Алкогольных психозов
d. Аффективных расстройств
e. Органического поражения лобных долей головного мозга

69. Пиромания – болезненное влечение к:
a. Бродяжничеству
b. Воровству
c. Поджогам
d. Самоубийству

70. Полидипсия – патологическое усиление:
a. Аппетита
b. Жажды
c. Сексуальности
d. Волевых побуждений

71. Депрессивный ступор наблюдается при:
a. Шизофрении
b. Невротических расстройствах
c. Аффективных расстройствах
d. Алкоголизме
e. Расстройствах личности

72. Кататонический ступор наблюдается при:
a. Невротических расстройствах
b. Умственной отсталости
c. Аффективных расстройствах
d. Шизофрении
e. Расстройствах личности

73. Абулия:
a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема введения веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами
b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
c. Потеря способности запоминать текущие события
d. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
e. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек

74. Автоматизм амбулаторный:
a. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстрой
b. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность.
c. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
d. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией
e. Потеря способности запоминать текущие события

75. Акатизия:
a. Одновременное возникновение в психической деятельности антагонистических тенденций
b. Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с возникновением ощущения дискомфорта; осложнение психофармакотерапии
c. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
e. Полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика

76. Анергия:
a. Потеря способности запоминать текущие события
b. Снижение до полного отсутствия психической, двигательной и речевой активности
c. Состояние, возникающее в результате внезапного (резкого) прекращения приема (введения) веществ, вызвавших токсикоманическую зависимость или после введения их антагонистов; характеризуется психическими, вегетативно-соматическими и неврологическими расстрой
d. Отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность
e. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

77. Астазия-абазия:
a. Утрата способности к образованию ассоциативных связей
b. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки
c. Замедление всех психических процессов
d. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
e. Бессвязность речи, сопровождающаяся повторением одних и тех же фраз и слов

78. Импульсивные действия возникают:
a. После длительной борьбы мотивов
b. При появлении навязчивых мыслей
c. При обнубиляции
d. Как следствие дистимических расстройств
e. Внезапно, без борьбы мотивов

79. Депрессивный ступор встречается при:
a. Невротической депрессии
b. Аффективных расстройствах
c. Патохарактерологических реакциях
d. Формирующемся расстройстве личности
e. Обсессивно-компульсивных расстройствах

80. Для какого варианта психомоторного возбуждения характерно наличие острой предшествующей психотравмы:
a. Гебефренического
b. Маниакального
c. Кататонического
d. Истерического
e. Галлюцинаторно-бредового

81. Вагабондаж (дромомания, пориомания) – это:
a. Патологическое, непреодолимое стремление к перемене мест, к бродяжничеству
b. Запой, периодически возникающее, непреодолимое влечение к пьянству
c. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
d. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
e. Неотвратимое стремление к поджогу, который производится без намерения принести зло, причинить ущерб

82. Вербигерация – это:
a. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов
b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
c. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
e. Слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких голосов

83. Гиперкомпенсация – это:
a. Расстройство внимания в форме его непроизвольного кратковременного привлечения к обычно не замечаемым предметам и явлениям
b. Защитное поведение, связанное с имеющейся или мнимой неполноценностью
c. Периодически наступающие кратковременные приступы сонливости
d. Понижение волевой активности с бедностью побуждений, обеднением мышления, снижением двигательной активности
e. Двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений

84. Дезориентировка аллопсихическая – это:
a. Нарушение ориентировки в окружающем
b. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти»
c. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
d. Замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества
e. Нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью

85. Логоклония – это:
a. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий
b. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
e. Вымышленные психически больным события, приобретающие форму воспоминаний

86. Меланхолический раптус – это:
a. Не сопровождающаяся потерей сознания кратковременная, пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного. Обычно возникает при сильных эмоциях
b. Двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение одних и тех же слов и словосочетаний или движений)
c. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
d. Периодически и внезапно возникающая страсть к воровству
e. Двигательное возбуждение, возникающее на фоне мучительной, невыносимой тоски, сочетающееся с безысходностью и отчаянием

87. Мутизм – это:
a. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
b. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей,

воспоминаний, образов, представлений
c. Многократное повторение отдельных слогов произносимого слова
d. Непреодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие
e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

88. Нарколепсия – это:
a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
e. Болезненное состояние, проявляющееся гипнолепсией, каталексией, расстройствами ночного сна

89. Негативизм – это:
a. Бессмысленное противодействие немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению другим лицом
b. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
c. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
d. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)
e. Нарушение осознавания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

90. Парабулия – это:
a. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с непроизвольной подменой одних идей другими
b. Объединение несопоставимых, противоречивых идей, обстоятельств, положений, с непроизвольной подменой одних идей другими
c. Ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом
d. Извращение волевой активности, проявляющееся неадекватным поведением в виде негативизма, импульсивности, вычурности движений
e. Аффект качественно и количественно не соответствующий его причине

91. Персеверация – это:
a. Застревание в сознании какой-либо мысли или представления с монотонным их повторением в ответ на вновь задаваемые вопросы, не имеющие отношения к первоначальному
b. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
c. Убежденность больного, что окружающие, родные и знакомые являются совершенно посторонними, неизвестными ему людьми, но загримированными под близких и знакомых
d. Расстройство мышления, сопровождающееся отчетливо неприятным субъективным

переживанием внезапного исчезновения нужной мысли
e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

92. Симптом Ганзера – это:
a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
c. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
d. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несуществующих деталях

93. Стереотипия – это:
a. Постоянное повторение какого-либо действия, слова, фразы
b. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
c. Складывается из симптома иллюзии двойников, симптома положительного или отрицательного двойника
d. Проявление повышенной внушаемости и галлюцинаторной готовности у больного в предделириозном состоянии: надавливание на глазные яблоки, при соответствующем внушении вызывает зрительные галлюцинации
e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

94. Ступор – это:
a. Убежденность больного в том, что окружающие его посторонние, незнакомые лица являются его родными и близкими, но загримированы под незнакомых
b. Состояние психической и двигательной заторможенности
c. Опознавание психически больным неизвестных лиц как своих знакомых, родных. Или наоборот - знакомых как чужих людей, но принявших их облик
d. Повторение увиденных действий
e. Неузнавание своего отражения в зеркале

95. Шизофазия – это:
a. Повторение увиденных действий
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

96. Эретическое возбуждение – это:
a. Повторение увиденных действий
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения

d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением (вплоть до персеверации)
e. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе самоповреждений

97. Эхолалия – это:
a. Повторение услышанных слов и предложений
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации
e. Повторение увиденных действий

98. Эхопраксия – это:
a. Повторение увиденных действий
b. Повторение услышанных слов и предложений
c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта, повторение отдельных слогов
d. Ритмическое монотонное повторение какого-либо слова или словосочетания, иногда проявляющееся бессмысленным нанизыванием сходных по звучанию фраз, слов и слогов
e. Неодолимо повторяемое, бессмысленное, ненужное движение или действие

99. Способность к активной, сознательной и целенаправленной деятельности определяется как:
a. Влечение
b. Память
c. Воля
d. Мышление
e. Внимание

100. Определите порядок фаз мыслительного процесса:
a. Постановка вопроса, принятие решения, эмоциональное предвидение, выдвижение гипотез, проверка гипотез
b. Эмоциональное предвидение, постановка вопроса, выдвижение гипотез, проверка гипотез, принятие решения
c. Выдвижение гипотез, эмоциональное предвидение, проверка гипотез, постановка вопроса, принятие решения
d. Проверка гипотез, постановка вопроса, эмоциональное предвидение, принятие решения, выдвижение гипотез

101. Какой вид мышления характерен для детей до 3-х лет?
a. Наглядно-действенное мышление
b. Образное мышление
c. Практическое мышление
d. Абстрактное мышление

102. Обстоятельность мышления и шперрунги относятся к:
a. Сверхценным идеям
b. Расстройствам мышления по темпу ассоциативного процесса

c. Навязчивым идеям
d. Бредовым идеям
e. Расстройствам мышления по стройности ассоциативного процесса

103. По содержанию бредовые идеи воздействия и отравления относятся к группе бредовых идей:
a. Величия
b. Самоуничижения
c. Преследования

104. По механизму бредообразования выделяются:
a. Бред паралогический - бред нелепый
b. Бред интерпретативный - бред образный
c. Бред фрагментарный - бред систематизированный

105. Гипсофобия – это страх:
a. Получить травму и оказаться в гипсе
b. Острых предметов
c. Высоты и глубины
d. Загрязнения
e. Воды
f. Замкнутых пространств

106. Навязчивые воспоминания относятся к группе:
a. Навязчивых страхов
b. Навязчивых влечений
c. Идеаторных обсессий
d. Навязчивых действий

107. Основные признаки бредовых идей:
a. Ложное содержание
b. Убежденность в их правильности
c. Длительность протекания
d. Нелепые галлюцинации
e. Недоступность коррекции
f. Выраженные аффективные расстройства
g. Нарушение памяти

108. Основные признаки сверхценных идей:
a. Наличие галлюцинаций
b. Связь возникновения с реальными событиями
c. Нелепое содержание
d. Одностороннее отражение реальных обстоятельств
e. Длительность протекания

109. Резонерство, разноплановость и разорванность мышления характерны для:
a. Расстройств личности
b. Аффективных расстройств
c. Эпилепсии
d. Шизофрении
e. Невротических состояний
f. Умственной отсталости

110. Атаксия интрапсихическая:
a. Разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения
b. Увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени, облегчение их возникновения
c. Разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильные предложения
d. Повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, в сочетании с замедленным мышлением вплоть до персеверации)
e. Переживание восторга, блаженства, необычного счастья

111. Бредовые идеи характерны для клинической картины:
a. Умственной отсталости
b. Невротических расстройств
c. Наркоманий
d. Психозов
e. Расстройств личности

112. Критическое отношение к болезненным переживаниям наиболее характерно для больных с:
a. Резонерством
b. Сверхценными идеями
c. Обстоятельностью
d. Обсессиями
e. Бредовыми идеями
f. Галлюцинациями

113. Какая разновидность фобий свойственна заключительному этапу фобического расстройства:
a. Гипсофобия
b. Агорафобия
c. Нозофобия
d. Фобофобия
e. Клаустрофобия

114. Бессвязность (инкогеренция) мышления это:
a. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний
b. Затрудненность последовательного течения мыслей, сопровождаемая замедленность, крайней тягучестью
c. Неточность, нецеленаправленность мышления, не сопровождающаяся, однако, ускорением течения ассоциаций
d. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, отражению действительности в ее связях и отношениях
e. Неожиданная остановка, перерыв мысли, ее внезапная блокада

115. Брадипсихия это:
a. Замедление речи, наступающее во всех случаях заторможенного мышления
b. Замедление всех психических процессов
c. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении

d. Необоснованное, чрезмерное преувеличение своих духовных и физических сил, социального положения и связанных с этими возможностей
e. Необоснованное убеждение в постороннем влиянии на мысли, чувства и поступки больного, нередко с суждением о происхождении такого воздействия (гипноз, лучевое и волновое воздействие и др.)

116. Бред это:
a. Идеи, суждения, не соответствующие действительности и полностью овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разубеждении, разъяснении
b. Утрата эмоциональных реакций на все окружающее, с мучительным переживанием полной душевной опустошенности
c. Упорный отказ от пищи, обусловленный психическим заболеванием
d. Безразличие к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствие желаний, побуждений
e. Расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки

117. Бред индуцированный это:
a. Необоснованное суждение обо всем происходящем вокруг больного как специально устроенном, инсценированном с какой-то целью
b. Бред, возникающий у лиц, находившихся в длительном контакте с психически больным, совпадающий по тематике с бредом больного
c. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
d. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла
e. Ложное убеждение в наличии неизлечимой, приводящей к смерти или унизительной болезни (рак, СПИД и др.)

118. Бред интерметаморфозы – это:
a. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
b. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблаговидных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения
c. Образные представления (фантазии и грезы), сопровождающиеся тревогой, страхом, экстазом, растерянностью
d. Ложное убеждение, проявляющееся идеей полного изменения окружающей обстановки, превращения предметов, перевоплощения лиц
e. Приобретение предметами, событиями и окружающими лицами особого смысла

119. Бред Котара – это:
a. Погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью. Утрата интереса к реальности с отсутствием стремления к общению с окружающими людьми
b. Нарушение восприятия, проявляющееся в искажении формы и величины своего тела
c. Депрессивные, ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновения собственного тела, отдельных органов)
d. Кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует

общая расслабленность…
e. Ложное убеждение в ошибочном или умышленном обвинении больного окружающими лицами в совершении неблаговидных или преступных действий, к которым он не имеет никакого отношения

120. Бред манихейский – это:
a. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются идеи самообвинения, греховности
b. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержание которого носит фантастический, антагонистический характер
c. Разновидность чувственного, экспансивного бреда, содержанием которого являются идеи реформаторства, мессианства
d. Разновидность чувственного, экспансивного бреда ретроспективного содержания, нередко сопровождающегося псевдогаллюцинаторными воспоминаниями
e. Разновидность аффективного бреда, содержанием которого являются ипохондрические фантазии с идеями громадности и отрицания (всеобщая гибель, мировые катаклизмы, исчезновение собственного тела, отдельных органов)

121. Бред параноидный – это:
a. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
b. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития. С сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту
c. Ощущение спазма, подкатывание к горлу клубка, шара, возникающее в невротическом симптомокомплексе
d. Возникающее при глубоком нарушении сознания, ограничивающееся пределами постели двигательное беспокойство, проявляющееся небольшими по амплитуде движениями преимущественно пальцев рук (больной теребит простыню, одежду, «обирается»)
e. Различные бредовые идеи неблагоприятного воздействия на больного извне, содержащие идеи преследования, отношения, воздействия, отравления, обвинения, ущерба

122. Закупорка мышления (шперрунг) – это:
a. Ложное, ошибочное восприятие реальных вещей или явлений, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением
b. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта
c. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
d. Высшая степень бессвязности мышления, когда речь представляет собой беспорядочный, бессмысленный набор слов
e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития, с сохранением черт присущих детскому или подростковому возрасту

123. Кверулянство – это:
a. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
b. Расстройство поведения, выражающееся борьбой против мелких иногда мнимых обид, но не достигающее бредового поведения
c. Отказ от речи, отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата
d. Предшествующее бреду преобладание в самочувствии тревоги, страха с ощущением непонятности окружающего, предчувствием надвигающегося несчастья, опасности

e. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними

124. Монолога симптом – это:
a. Двигательное возбуждение, сопровождающее дисфорию или сумеречное помрачение сознания
b. Двигательное возбуждение больных олигофренией, проявляющееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками, а в редких случаях нанесением себе повреждений
c. Повторение услышанных слов и предложений
d. Повторение увиденных действий
e. Спонтанная речь больного, сопровождающаяся разорванностью мышления

125. Навязчивые состояния (ананказм, обсессии) – это:
a. Возникновение непреодолимых, чуждых личности больного мыслей (обычно неприятных), представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, влечений, движений и действий, при сохранности критического к ним отношения и попытках борьбы с ними
b. Непроизвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него
c. Непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности
d. Непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться
e. Непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.)

126. Неологизмы – это:
a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
c. Психическое расстройство, заключающееся в том, что знакомые предметы, лица, обстановка воспринимаются как впервые увиденные
d. Психическое расстройство, заключающееся в том, что привычные явления, ситуация осознается как впервые возникающая
e. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения

127. Расплывчатое мышление – это:
a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
b. Крайнее обеднение запаса слов
c. Возникновение у больного (в помещении, где он находится один) чувства присутствия кого-то постороннего. Присутствие постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается
d. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
e. Бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных, очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях

угрожающих жизни

128. Растерянность (аффект недоумения) – это:
a. Чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому
b. Расстройства восприятия в виде ощущений и образов, непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта)
c. Нарушение внутренних логических связей, соединение разнородных, не связанных по смыслу элементов или разрыв цельности мыслей и цепи ассоциаций с неологизмами. При внешней упорядоченности речь лишена содержания
d. Неистовое возбуждение, внезапно сменяющее заторможенность или ступор
e. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое

129. Резонерство – это:
a. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
b. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
c. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
d. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несущественных деталях

130. Фиксационная амнезия – утрата памяти на:
a. События, предшествующие бессознательному состоянию, психическому или соматическому заболеванию
b. События, непосредственно следующими за периодом болезни
c. События, имевшие место в период нарушения сознания
d. На текущие события

131. Для фантастических конфабуляций характерны следующие признаки:
a. Стойкость
b. Критическое отношение
c. Перенос во времени реальных событий
d. Неправдоподобность содержания
e. Простота, несложность структуры

132. Криптомнезии представляют собой:
a. Перенос во времени реально имевших место событий
b. Ложные воспоминания
c. Стирание грани между реальными событиями и событиями услышанными, увиденными или прочитанными
d. Утрату памяти на события определенного промежутка времени

133. Выраженные расстройства памяти характерны для:
a. Аффективных расстройств
b. Расстройств личности
c. Органического поражения головного мозга с психическими нарушениями
d. Невротических расстройств

e. Шизофрении

134. Амнезия антероградная:
a. Выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию или другим психическим расстройствам
b. Утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, вначале на время, затем на недавние события, позднее и на давно прошедшее. При этом вначале забываются факты, затем чувства, последней разрушается память привычек
c. Потеря способности запоминать текущие события
d. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому расстройству психики), так и после него

135. Палимпсесты наиболее характерны для:
a. Шизофрении
b. Невротических расстройсв
c. Умственной отсталости
d. Алкоголизма
e. Расстройств личности
f. Аффективных расстройств

136. Нарастающие расстройства памяти наблюдаются при:
a. Невротических расстройств
b. Аффективных расстройств
c. Реактивных психозах
d. Расстройствах личности
e. Шизофрении
f. Органическом поражении головного мозга

137. Закон Рибо-Джексона – это:
a. Застойность, малая подвижность, замедленность смены психических процессов
b. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными
c. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти». Утрата материала памяти происходит в последовательности, обратной ее накоплению
d. Принцип наследования эндогенных психозов, которые являются полигенно детерминируемыми наследственными болезнями и не подчиняются основным законам Менделя
e. Патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту

138. Палимпсест – это:
a. Тип мышления, характеризующийся склонностью к пустым, бесплодным, формальным аналогиям
b. Невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения
c. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
d. Помрачение сознания без бреда, галлюцинаций и выраженных аффективных

расстройств, проявляющееся блужданием с внешне упорядоченным поведением, выполнением сложных действий и последующей амнезией

e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики

139. Криптомнезии – это:

a. Искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными

b. Вымышленные психически больным события, принимающие форму воспоминаний

c. Нарушение памяти в виде утраты способности фиксации, сохранения и воспроизведения различной информации (событий, знаний и т.д.)

d. Невозможность выполнять счетные операции при сохранности речи

e. Нарушение памяти в виде утраты воспоминаний о событиях, как непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию (или другому психическому расстройству), так и после него

140. К альфа-ритму относятся волны частотой:

a. Менее 8 герц

b. 8-12 герц

c. Более 12 герц

141. К бета-ритму относятся волны частотой:

a. Менее 8 герц

b. 8-12 герц

c. Более 12 герц

142. Преобладающим частотным ЭЭГ-диапазоном здорового человека являются:

a. Дельта - волны

b. Тэта - волны

c. Альфа - волны

d. Бета - волны

143. Наибольшую диагностическую информативность ЭЭГ имеет при:

a. Эндогенных психических заболеваниях

b. Невротических расстройствах

c. Эндогенно-органических психических заболеваниях

d. Экзогенно-органических психических заболеваниях

144. Типичными ЭЭГ-признаками эпилепсии считаются:

a. Комплекс «медленная волна - быстрая волна»

b. Комплекс «быстрая волна - медленная волна»

c. Комплекс «быстрая волна - пик»

d. Комплекс «медленная волна - пик»

e. Комплекс «пик - быстрая волна»

f. Комплекс «пик - медленная волна»

145. Наибольшую диагностическую информативность краниография имеет при:

a. Эндогенных психических заболеваниях

b. Невротических расстройствах

c. Экзогенно-органических психических заболеваниях

d. Эндогенно-органических психических заболеваниях

146. Краниография базируется на:
a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
b. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
c. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

147. Эхо-энцефалография базируется на:
a. Изучении электрических биопотенциалов головного мозга
b. Ультразвуковой оценке плотности тканей черепа и головного мозга
c. Рентгенографическом исследовании особенностей строения черепа
d. Ультразвуковом исследовании симметричности расположения мозговых структур

148. Методика «счет по Крепелину», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

149. Методика «отсчитывание», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

150. Методика «таблицы Шульте», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

151. Методика «корректурная проба Бурдона», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

152. Методика «10 слов», предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

153. Методика Леонтьева предназначена для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности

d. мышления
e. личности

154. Метод «исключение предметов» предназначен для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

155. Метод «исключение понятий» предназначен для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

156. Метод «сравнение понятий» предназначен для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

157. Метод «простые аналогии» предназначен для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

158. Метод «существенные признаки» предназначен для исследования:
a. памяти
b. восприятия
c. внимания и умственной работоспособности
d. мышления
e. личности

159. Методика «пиктограмма» предназначена для исследования:
a. непосредственного запоминания
b. опосредованного запоминания
c. смыслового запоминания
d. непроизвольного запоминания

160. Использование несущественных признаков объектов, латентных или маловероятных признаков объектов при обобщении является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

161. Разноплановость является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

162. Обстоятельность является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

163. Соскальзывание является:
a. нарушением уровня обобщения
b. нарушением процесса обобщения
c. мотивационным нарушением мышления
d. динамическим нарушением мышления
e. нарушением логики суждений

164. Из 10 предъявленных слов испытуемый воспроизводит 4. Это свидетельствует о:
a. нормальном объеме запоминания
b. высоком объеме запоминания
c. низком объеме запоминания
d. ни о чем не свидетельствует

165. В «пиктограмме» испытуемый на понятие «развитие» рисует спираль. Укажите 2 верные интерпретации данной образной ассоциации:
a. ассоциация конкретного уровня
b. ассоциация символического (категориального) уровня
c. ассоциация эмоционально насыщенная
d. ассоциация формальная

166. Испытуемый объединяет в одну группу книгу и дерево на основании того, что «и там и там есть лист». Данное обобщение можно интерпретировать как проявление:
a. снижения уровня обобщения
b. искажения процесса обобщения
c. ригидности мышления
d. нарушения динамики мыслительной деятельности
e. нарушения внимания

167. При сравнении понятий испытуемый находит общее между собакой и кошкой в том, что «у них по четыре ноги». Данный ответ можно интерпретировать как проявление:
a. снижения уровня обобщения
b. искажения процесса обобщения
c. ригидности мышления
d. нарушения динамики мыслительной деятельности
e. нарушения внимания

168. В «счете по Крепелину» испытуемый показал следующую динамику продуктивности (количество арифметических операций в мин): 25, 21, 21, 15, 12, 7. Это свидетельствует о:

a. снижении уровня обобщения
b. нарушениях памяти
c. колебаниях внимания
d. утомляемости
e. нарушениях восприятия

169. Испытуемый объясняет пословицу «шила в мешке не утаишь» так: «правильно, оно же острое – проткнет мешок». Это свидетельствует о:
a. правильном понимании условного смысла
b. буквальном (конкретном) понимании условного смысла
c. искаженном понимании условного смысла
d. резонерстве
e. соскальзываниях в суждении

170. Назовите две основные задачи экспериментально-психологического исследования при судебно-психиатрической экспертизе:
a. Предоставление дополнительных данных в целях дифференциальной диагностики
b. Определение структуры сохранных и нарушенных сторон психической деятельности
c. Определение степени выраженности психических расстройств
d. Определение установок (симуляция, аггравация и др.) испытуемых
e. Выявление способности испытуемого отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими

171. Назовите две дополнительные задачи экспериментально-психологического исследования при судебно-психиатрической экспертизе:
a. Предоставление дополнительных данных в целях дифференциальной диагностики
b. Определение структуры сохранных и нарушенных сторон психической деятельности
c. Определение степени выраженности психических расстройств
d. Определение установок (симуляция, аггравация и др.) испытуемых
e. Выявление способности испытуемого отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими

172. Опросник Кеттелла, опросник Шмишека предназначены для исследования:
a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

173. Тест Люшера, опросник САН предназначены для исследования:
a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

174. Тест Векслера, тест Равена предназначены для исследования:
a. способностей
b. характера
c. темперамента
d. эмоциональных состояний
e. уровня умственного развития

175. ММРІ, опросник Кеттелла относятся к методам:
a. проективным
b. стандартизированного самоотчета
c. диалоговым
d. аппаратурным
e. анализа продуктов деятельности

176. ТАТ и тест Роршаха относятся к следующему виду проективной техники:
a. классическая словесная апперцепция
b. проективное предпочтение
c. проективное шкалирование
d. проективное восприятие

177. Тест Люшера и тест Сцонди относятся к следующему виду проективной техники:
a. классическая словесная апперцепция
b. проективное предпочтение
c. проективное шкалирование
d. проективное восприятие

178. Тест Розенцвейга направлен на исследование:
a. тревожности
b. ригидности
c. агрессивности
d. депрессии
e. интеллекта

179. Опросник Кеттелла основан на:
a. теории бессознательного
b. теории установки
c. теории деятельности
d. теории черт личности
e. теории поведения

180. Психический статус представляет собой:
a. Совокупность признаков расстройств психики
b. Характеристику сохранных элементов психической деятельности
c. Общую оценку психической деятельности в целом

181. Назовите синдромы невротического уровня:
a. Астенический
b. Психоорганический
c. Нарушения сознания
d. Истерический
e. Ипохондрический
f. Обсессивно-фобический
g. Параноидный
h. Маниакальный

182. Ажитированная депрессия относится к группе аффективных синдромов
a. Смешанных
b. Простых

c. Сложных

183. Аффективные синдромы доминируют в клинической картине:
a. Расстройств личности
b. Шизофрении
c. Алкогольного делирия
d. Аффективных расстройств
e. Деменции

184. Обсессивный синдром доминирует в клинической картине:
a. Ананкастного расстройства личности
b. Шизофрении
c. Конверсионных и диссоциативных расстройств
d. Аффективных расстройств
e. Обсессивно-компульсивных расстройств
f. Алкогольных психозов

185. Для группы невротических синдромов характерно:
a. Выраженное снижение памяти и интеллекта
b. Полиморфные астенические проявления
c. Признаки нарушения сознания
d. Иллюзии, галлюцинации
e. Критическое отношение к болезненным переживаниям
f. Возникновение психогенным путем
g. Начало в связи с соматогениями
h. Выраженные изменения преморбидных личностных особенностей

186. «Защитные» формы поведения (ритуалы) наблюдаются в структуре синдрома:
a. Параноидного
b. Онейроидного
c. Истерического
d. Обсессивно-фобического
e. Астенического

187. Какие из перечисленных симптомов относятся к основным признакам мании?
a. Повышенное настроение
b. Ускорение идеаторных процессов
c. Повышенная двигательная активность
d. Бредовые идеи величия

188. Какие из перечисленных симптомов относятся к основным признакам депрессии?
a. Сниженное настроение
b. Идеаторная заторможенность
c. Моторная заторможенность
d. Бредовые идеи самообвинения

189. Психопатологический синдром определяется как:
a. Сочетание симптомов
b. Типичная совокупность закономерно взаимосвязанных симптомов
c. Динамический набор отдельных признаков

190. Шизофреническая деменция рассматривается как:

a. Врожденное слабоумие
b. Парциальный вариант приобретенного слабоумия
c. Особый вид деменции
d. Тотальный вариант приобретенного слабоумия

191. Психоорганический синдром характеризуется:
a. Бредовыми идеями
b. Интеллектуальным снижением
c. Нарушением сознания
d. Недержанием аффекта
e. Галлюцинациями
f. Мнестическими нарушениями
g. Навязчивыми переживаниями
h. Резонерством

192. Клиническими вариантами психоорганического синдрома является:
a. Астенический
b. Галлюцинаторный
c. Эксплозивный
d. Апатический
e. Депрессивный
f. Бредовый
g. Эйфорический
h. Обсессивно-фобический

193. Психоорганический синдром наблюдается при:
a. Алкоголизме
b. Шизофрении
c. Расстройствах личности
d. Атрофических заболеваниях головного мозга
e. Невротических расстройствах
f. Опухолях мозга
g. Аффективных расстройствах

194. Главные расстройства при Корсаковском синдроме наблюдаются в сфере:
a. Восприятия
b. Мышления
c. Внимания
d. Памяти
e. Эмоций

195. Для Корсаковского синдрома характерна:
a. Тревога
b. Эйфория
c. Сенестопатии
d. Фиксационная амнезия
e. Галлюцинации
f. Ретро-, антероградная амнезия
g. Бред
h. Конфабуляции

196. Какой из приведенных психопатологических синдромов относится к негативным

(дефицитарным)?
a. Корсаковский амнестический
b. Астенический
c. Сумеречного помрачения сознания

197. Мнестические расстройства максимально выражены в синдроме:
a. Кандинского- Клерамбо
b. Маниакальном
c. Гебефреническом
d. Корсаковском
e. Парафренном

198. Психоорганический синдром характерен для: %$%#
a. Невротических расстройств
b. Расстройств личности
c. Шизофрении
d. Умственной отсталости
e. Аффективных расстройств
f. Болезни Альцгеймера

199. Какой из приведенных психопатологических синдромов относится к позитивным (продуктивным)?
a. Парафренный
b. Амнестический
c. Паралитический

200. Гипермнезия характерна для следующих психопатологических синдромов:
a. Делириозного
b. Астенического
c. Маниакального
d. Корсаковского
e. Паранойяльного
f. Депрессивного

201. Выделяются следующие варианты кататонического ступора:
a. Растерянно-патетический
b. С негативизмом
c. Импульсивный
d. С «восковой гибкостью»
e. Немой
f. Кататоно-гебефренный

202. Выделяются следующие варианты кататонического возбуждения:
a. С мышечным оцепенением
b. Импульсивный
c. С негативизмом
d. Растеряно-патетический
e. С «восковидной гибкостью»

203. Гебефренический синдром характеризуется:
a. Галлюцинациями
b. Манерно-дурашливым поведением

c. Навязчивостями
d. Сенсопатиями
e. Безмотивными действиями
f. Депрессией
g. Морией

204. Ведущие симптомы при галлюцинозах – это:
a. Признаки нарушенного сознания
b. Псевдогаллюцинации
c. Расстройства памяти
d. Истинные галлюцинации
e. Сенестопатии
f. Дереализационно-деперсонализационные

205. В структуре парафренного синдрома ведущими являются:
a. Признаки нарушения сознания
b. Депрессия
c. Бред величия
d. Фантастические конфабуляции
e. Эйфория
f. Снижение памяти и интеллекта
g. Астения
h. Импульсивность

206. Составными частями синдрома Кандинского-Клерамбо являются:
a. Амнестическая дезориентировка
b. Бредовые идеи преследования и воздействия
c. Истинные галлюцинации
d. Психические автоматизмы
e. Эйфория
f. Псевдогаллюцинации
g. Гипермнезия
h. Фантастические конфабуляции

207. Основные признаки помрачения сознания описаны:
a. В.П. Осиповым
b. В.М. Бехтеревым
c. Э. Крепелином
d. К. Ясперсом
e. Е. Блейлером

208. Тетрада К. Ясперса включает в себя:
a. Нарушения внимания
b. Нарушения памяти
c. Нарушения воли
d. Нарушение мышления
e. Нарушение ориентировки
f. Нарушение влечений
g. Нарушение восприятия
h. Нарушение моторики

209. К синдромам помрачения сознания относятся:

a. Галлюциноз
b. Сумеречное нарушение сознания
c. Психоорганический синдром
d. Аменция
e. Депрессивный синдром
f. Делирий
g. Деперсонализация
h. Онейроид

210. Делирий чаще встречается при:
a. Шизофрении
b. Невротических расстройствах
c. Алкоголизме
d. Аффективных расстройствах
e. Остром периоде черепно-мозговой травмы
f. Расстройствах личности

211. Для аменции характерно:
a. Пароксизмальность возникновения и окончания
b. Наличие длительных истощающих соматических заболеваний
c. Развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания
d. Аффект недоумения, растерянности
e. Полная амнезия пережитого
f. Эйфория
g. Наличие психических автоматизмов

212. Для делирия характерны:
a. Эндогенная этиология
b. Экзогенная этиология
c. Стабильное течение
d. Волнообразное течение
e. Преобладание истинных галлюцинаций
f. Преобладание псевдогаллюцинаций
g. Эйфория
h. Страх, тревога

213. Дереализация характеризуется:
a. Нарушением ориентировки в месте и времени
b. Галлюцинациями
c. Искаженным восприятием окружающей реальности
d. Мнестическими расстройствами
e. Эйфорией

214. Истинные галлюцинации, психомоторное возбуждение, аллопсихическая дезориентировка, страх, тревога наблюдаются при:
a. Аменции
b. Синдроме психического автоматизма
c. Галлюцинозе
d. Депрессивном синдроме
e. Делирии
f. Парафренном синдроме

215. Пароксизмальность проявления, дезориентировка, агрессивность, дисфория, амнезия по выходу характерны для:
a. Корсаковского синдрома
b. Делирия
c. Депрессивного синдрома
d. Сумеречного помрачения сознания
e. Аменции

216. Растерянность, недопонимание, недоосмысление, снижение синтетических способностей, выраженный астенический фон наблюдается при:
a. Ипохондрическом синдроме
b. Онейроиде
c. Паранойяльном синдроме
d. Кататоническом возбуждении
e. Аменции

217. К синдромам нарушенного сознания относятся:
a. Кататонический
b. Галлюцинаторно-параноидный
c. Депрессивный
d. Оглушенность
e. Психоорганический

218. Диссоциация поведения и переживаний, внешняя малоподвижность, связанный характер фантастических переживаний, двойная ориентировка характерна для:
a. Синдрома психического автоматизма
b. Парафренного синдрома
c. Делирия
d. Депрессивного синдрома
e. Онейроида
f. Корсаковского синдрома
g. Параноидного синдрома

219. Признаком деперсонализационного синдрома является:
a. Элективный мутизм
b. Повышенная раздражительность
c. Негативизм
d. Чувство утраты эмоций
e. Фиксационная амнезия

220. Обнубиляция – это:
a. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
b. Ослабление, вплоть до полного исчезновения различий между «я» и «не я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образом, созданным аутистическим миром больного
c. Исчезновение ощущения течения времени, его непрерывности и последовательности. Время для больного может идти необычно медленно или быстро
d. Нарушение осознавания себя как единого целого, сопровождающееся переживанием внутреннего распада, раздвоения, паническим страхом

221. Эпилептиформный синдром чаще возникает при:

a. Шизофрении
b. Невротических расстройствах
c. Алкоголизме
d. Отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы
e. Аффективных расстройствах
f. Эпилепсии
g. Расстройствах личности

222. Для экзогенно-органических психических заболеваний характерно:
a. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
b. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга и этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
c. Наличие морфологического субстрата поражения головного мозга, но отсутствие этиопатогенетически значимого внешнего воздействия
d. Отсутствие морфологического субстрата поражения головного мозга, но наличие этиопатогенетически значимого внешнего

223. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенным?
a. Умственная отсталость
b. Наркомании
c. Аффективные расстройства
d. Реактивные психозы
e. Шизофрения
f. Эпилепсия
g. Алкоголизм
h. Расстройства личности

224. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к экзогенным?
a. Умственная отсталость
b. Наркомании
c. Аффективные расстройства
d. Реактивные психозы
e. Шизофрения
f. Эпилепсия
g. Алкоголизм
h. Расстройства личности

225. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к психогенным?
a. Умственная отсталость
b. Наркомании
c. Аффективные расстройства
d. Реактивные психозы
e. Шизофрения
f. Эпилепсия
g. Алкоголизм
h. Расстройства личности

226. Какие из перечисленных заболеваний принято относить к эндогенно-органическим?
a. Умственная отсталость
b. Наркомании
c. Аффективные расстройства

d. Реактивные психозы
e. Шизофрения
f. Эпилепсия
g. Алкоголизм
h. Расстройства личности

227. К экзогенно-органическим психическим заболеваниям относят:
a. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях
b. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга
c. Психические расстройства при желудочно-кишечных заболеваниях
d. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах
e. Психические расстройства при опухолях головного мозга
f. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях
g. Психические расстройства при нейроинфекциях

228. Деменция – это:
a. Возникающее в результате болезни ослабление интеллектуальной деятельности
b. Неспособность к правильной артикуляции, смазанная, запинающаяся, спотыкающаяся речь
c. Нарушение плавности речи в виде судорожного расстройства координации речевого акта. Повторение отдельных слогов
d. Закономерность развития амнезии, «закон обратного хода памяти»
e. Неожиданная, непроизвольная остановка, перерыв мыслей, сопровождающаяся чувством психического дискомфорта

229. Для болезни Альцгеймера характерно все, кроме
a. Острого начала
b. Начала в среднем и молодом возрасте
c. Временной стабилизации процесса
d. Афазии
e. Алексии

230. Инициальная стадия болезни Альцгеймера включает все, кроме
a. ухудшения профессиональной деятельности
b. нарушения ориентировки во времени
c. нивелировки личностных особенностей
d. возможности компенсировать свои расстройства
e. неполного воспроизведения событий

231. Болезнь Пика включает все симптомы, кроме
a. Прогрессирующего слабоумия
b. Эйфории
c. На ранних этапах болезни – апраксия
d. Грубого социального поведения
e. Эмоционального обеднения

232. Деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба включает все, кроме
a. Быстрого прогрессирования
b. Нарушения зрения
c. Скудных неврологических симптомов
d. Тремора

233. Органический амнестический синдром (не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами) может быть обусловлен
a. Вирусом иммунодефицита
b. Нейросифилисом
c. Эпилепсией
d. Болезнью Паркинсона
e. Шизофренией

234. Тяжелый делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами, включает все, кроме
a. Развития на фоне деменции
b. Развития не на фоне деменции
c. Дезориентировки в собственной личности
d. Состояния стабильного по интенсивности, не колеблющегося в течение суток
e. Замедления или убыстрения речи

235. Органические расстройства настроения включают
a. Психотическое депрессивное
b. Непсихотическое депрессивное
c. Психотическое биполярное
d. Шизоаффективное
e. Шизотипическое

236. Легкие когнитивные расстройства включают все варианты, кроме
a. Дисфорического
b. Апатического
c. Аспонтанного
d. Гипоманиакального
e. Депрессивного

237. Псевдопаралитическое слабоумие включает все, кроме
a. Маниакального
b. Циркуляторного
c. Экспансивного
d. Параноидного
e. Депрессивного

238. Расстройства личности органической этиологии включают
a. Органическую псевдоолигофреническую личность
b. Органическую псевдопсихопатическую личность
c. Постэнцефалитический синдром
d. Бред преследования
e. Галлюцинации

239. Расстройства личности органической этиологии включают все, кроме
a. Стабильного эмоционального поведения в виде злобы, агрессии, раздражительности
b. Антисоциальных поступков
c. Подозрительности
d. Вязкости мышления
e. Изменение сексуального предпочтения

240. В течении травматической болезни выделяют следующие периоды:

a. Начальный, поздний
b. Начальный, острый, отдаленных последствий
c. Начальный, подострый, поздний
d. Острый, поздний, отдаленных последствий
e. Начальный, острый, поздний, отдаленных последствий
f. Начальный, острый, подострый

241. «Сквозными» психическими расстройствами при черепно-мозговой травме являются:
a. Общемозговые
b. Сумеречные
c. Астенические
d. Делириозные
e. Бредовые
f. Психоорганические
g. Галлюцинаторно-бредовые

242. Для начального периода черепно-мозговой травмы наиболее характерны следующие психические расстройства (синдромы):
a. Органического поражения головного мозга
b. Общемозговые
c. Галлюцинаторно-бредовые
d. Выключения сознания
e. Помрачения сознания

243. К острым (подострым) травматическим психозам относятся:
a. Сумеречное состояние сознания
b. Делирий
c. Аменция
d. Реактивный психоз
e. Корсаковский психоз
f. Парафренный психоз

244. При травме воздушной взрывной волной наиболее специфичными психическими расстройствами являются:
a. Травматическая энцефалопатия
b. Травматическая эпилепсия
c. Травматическая деменция
d. Травматические эндоформные психозы
e. Травматический сурдомутизм
f. Травматическая церебрастения

245. Аура является:
a. Предвестником судорожного припадка
b. Начальной стадией припадка
c. Осложнением припадка
d. Малым эпилептическим припадком

246. Последовательность стадий большого судорожного припадка следующая:
a. Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, фаза генерализации судорог, постприпадочный сон
b. Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, постприпадочный сон
c. Аура, тоническая фаза, клоническая фаза, постприпадочный сон

d. Аура, клоническая фаза, тоническая фаза, фаза генерализации судорог, сон

247. Для больных эпилепсией характерна:
a. Вязкость, обстоятельность мышления
b. Резонерство и разноплановость суждений
c. Разорванность мышления
d. Ускорение темпа мышления

248. Эпилептический статус – это:
a. Психическое состояние больного эпилепсией
b. Состояние больного во время припадка
c. Серия непрерывно следующих один за другим припадков

249. Пароксизмальные расстройства подразделяются на:
a. Продромальные, судорожные, генерализованные
b. Продромальные, судорожные, бессудорожные
c. Продромальные, судорожные, бессудорожные, генерализованные
d. Продромальные, генерализованные
e. Судорожные, бессудорожные
f. Судорожные, генерализованные

250. Малый припадок относится к:
a. Генерализованным судорожным пароксизмам
b. Очаговым судорожным пароксизмам
c. Бессудорожным пароксизмам

251. Исходом затяжных симптоматических психозов являются:
a. Особые виды деменции
b. Стойкие астенические состояния
c. Патологические развития личности
d. Олигофрении
e. Психоорганический синдром
f. Синдромы выключения сознания

252. Психозы при соматических заболеваниях, при интоксикациях и при инфекционных заболеваниях относят к группе:
a. Реактивных психозов
b. Посттравматических стрессовых расстройств
c. Эндогенных психозов
d. Симптоматических психозов
e. Экзогенно-органических психозов

253. Какие клинические формы расстройств диагностируются у облученных «малыми» дозами радиации в отдаленном периоде:
a. Острая лучевая болезнь
b. Радиационная психосоматическая болезнь
c. Хроническая лучевая болезнь
d. Пострадиационная энцефалопатия

254. Какие дозы радиации вызывают развитие церебральной формы ОЛБ:
a. 100 – 1000 рентген
b. 1000 – 5000 рентген
c. 5000 – 8000 рентген

d. 8000 – 10000 рентген

255. В деменцию «в связи с другими заболеваниями» по МКБ-10 включаются все, кроме
a. Мультифакторной
b. В связи с дефицитом витамина В12
c. Узелковом полиартрите
d. Интоксикациях
e. Гиперкальциемии

256. Органический галлюциноз включает все, кроме
a. Выраженного интеллектуального снижения
b. Отсутствия помраченного сознания
c. Отсутствия доминирующего расстройства настроения
d. Отсутствия доминирующих бредовых идей
e. Присутствия рецидивирующих галлюцинаций любого типа

257. Органическое кататоническое состояние в виде ступора может наблюдаться
a. В связи с эпилепсией
b. В связи с ВИЧ-инфекцией
c. В связи с диссоциативными расстройствами
d. В связи с шизофренией
e. В связи с умственной отсталостью

258. Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство включает
a. Параноидные состояния
b. Острые и транзиторные психотические расстройства
c. Шизофреноподобный психоз при эпилепсии
d. Кататонию
e. Диссоциативные расстройства

259. Пограничные психические нарушения при черепно-мозговой травме включают
a. Обсессивно-фобический синдром
b. Псевдологический синдром
c. Истероподобный синдром
d. Бред преследование
e. Галлюцинации

260. Синдром снижения психической деятельности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы включает расстройства памяти
a. Конградную амнезию
b. Ретроградную амнезию
c. Антероградную амнезию
d. Гиперметаморфозы
e. Галлюцинации

261. Постэнцефалитический синдром включает
a. Нарушения сна
b. Конструктивную апраксию
c. Снижение когнитивного функционирования
d. Бред преследование
e. Галлюцинации

262. Согласно МКБ-10 патогномоничным признаком шизофрении является:
a. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость)
b. Бред воздействия или преследования
c. Псевдогаллюцинации
d. Правильного ответа нет

263. Согласно МКБ-10 одним из критериев диагностики шизофрении является:
a. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость)
b. Нарушения сна
c. Снижение настроения
d. Навязчивые страхи

264. Согласно МКБ-10 для постановки диагноза параноидной шизофрении, при условии соответствия общим критериям шизофрении, необходимо наличие:
a. Бреда преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности
b. Галлюцинаторных голосов угрожающего или императивного характера или слуховых галлюцинаций без вербального оформления, как-то свист, смех, гудение
c. Обонятельных или вкусовых галлюцинаций, сексуальных или других телесных ощущений

265. Согласно МКБ-10 для постановки диагноза гебефренической шизофрении необходимо исключить:
a. Дезорганизованную шизофрению
b. Злокачественную шизофрению
c. Гебефрению
d. Конечные состояния при злокачественной шизофрении

266. Согласно МКБ-10 обязательными и доминирующими при кататонической форме шизофрении являются:
a. Онейроид
b. Галлюцинации
c. Психомоторные расстройства, которые могут варьировать в крайних вариантах от гиперкинезов до ступора, или от автоматического подчинения до негативизма
d. Нелепый бред величия

267. Согласно МКБ-10 для постановки диагноза простой шизофрении, при условии соответствия общим критериям шизофрении, необходимо наличие:
a. Бреда преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности
b. Эмоциональных изменений, фрагментарности и нестойкости бреда и галлюцинаций, безответственного и непредсказуемого поведения
c. Психомоторных расстройств, которые могут варьировать в крайних вариантах от гиперкинезов до ступора, или от автоматического подчинения до негативизма
d. Прогрессирующего развития заболевания с характерными негативными симптомами шизофрении без выраженных галлюцинаторных, бредовых и кататонических проявлений и при существенных изменениях поведения, проявляющихся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией

268. Летальный исход может вызвать шизофрения
a. Фебрильная
b. Гебефреническая

c. Кататоническая
d. Параноидная
e. Простая

269. Наиболее злокачественным вариантом шизофрении является
a. Шизоаффективный психоз
b. Параноидная шизофрения
c. Шизотипическое расстройство
d. Гебефреническая шизофрения
e. Рекуррентная шизофрения

270. Наиболее частое проявление конечных состояний при шизофрении:
a. Апатия
b. Слабодушие
c. Амбивалентность
d. Дисфория
e. Эйфория

271. Почти не поддаются обратному развитию при обострении шизофрении
a. Кататонический синдром
b. Обманы восприятия
c. Бредовые идеи
d. Эмоциональное снижение
e. Тревожные расстройства

272. При шизофрении наблюдается синдром:
a. Корсаковский
b. Апато-абулический
c. Психоорганический
d. Дисмнестический
e. Психоорганический

273. Проявлением апато-абулического синдрома является:
a. Anaesthesia psychica dolorosa
b. Эмоциональная тупость
c. Вязкость (обстоятельность) мышления
d. Раздражительность
e. Негативизм

274. Риск заболевания шизофренией в течение жизни составляет:
a. 0,5%
b. 1%
c. 2%
d. 5%
e. 10%

275. Чаще других встречается форма шизофрении
a. Кататоническая
b. Гебефреническая
c. Простая
d. Параноидная
e. Фебрильная

276. Согласно МКБ-10 малопрогедиентная (вялотекущая) шизофрения в настоящее время диагностируется как:
a. Шизоаффективное расстройство
b. Шизотипическое расстройство
c. Остаточная шизофрения
d. Недифференцированная шизофрения

277. Согласно МКБ-10 для постановки диагноза острых и преходящих психотических расстройств необходимо учесть:
a. Острое начало (в течение 2-х недель), как определяющая черта всей группы
b. Наличие типичных признаков
c. Наличие сочетающегося с этим состоянием острого стресса

278. Шизотипическое расстройство включает всё, кроме
a. Шизоидного личностного расстройства
b. Пограничной шизофрении
c. Латентной шизофренической реакции
d. Продромальной шизофрении
e. «Бедной симптомами» шизофрении

279. Для шизотипического расстройства характерно всё, кроме
a. Навязчивых идей без внутреннего сопротивления дисморфофобического характера
b. Ипохондрического бредообразования
c. Дереализации
d. Эпизодических квазипсихотических транзиторных эпизодов со слуховыми галлюцинациями
e. Подозрительности

280. Из шизотипического расстройства исключаются
a. Шизоидное расстройство личности
b. Синдром Аспергера
c. продромальная шизофрения
d. Шизотипическое расстройство личности
e. Латентная шизофреническая реакция.

281. К латентной шизофрении (включается в рубрику шизотипического расстройства) относятся
a. Истерические симптомы с чертами инертности, однообразия
b. Обсессивно-фобические
c. Деперсонализационные
d. Простая форма шизофрении
e. Шизоаффективное расстройство

282. «Бедная симптомами» шизофрения включает
a. Астенический дефект
b. Нарастающий аутизм
c. Выраженную социальную дезадаптацию
d. Бред
e. Галлюцинации

283. В паранойяльную шизофрению включаются все расстройства, кроме

a. Сенситивного бреда отношения
b. Кверулянтного бреда
c. Сутяжного бреда
d. Эротического бреда
e. Бреда реформаторства

284. К другим хроническим бредовым расстройствам относятся
a. Инволюционный параноид
b. Кверулянтная форма паранойи
c. Бредовая форма дисморфофобии
d. Шизотипическое расстройство
e. Шизоаффективное расстройство

285. Для маниакального типа шизоаффективного расстройства характерно
a. Переоценка собственной личности, идеи величия
b. Раздражительность, агрессия
c. Бредовые идеи преследования
d. Ангедония
e. Повышенная сонливость

286. Для депрессивного типа шизоаффективного расстройства характерно всё, кроме
a. Симптома открытости мыслей
b. Утраты энергии
c. Осуждающих «голосов»
d. Развития дефекта у большинства
e. Выраженной депрессии

287. Для смешанного типа шизоаффективного расстройства характерны
a. Симптомы шизофрении
b. Симптомы рекуррентного депрессивного расстройства
c. Симптомы биполярного аффективного расстройства
d. Помрачение сознания
e. Снижение интеллекта

288. Какой диагноз по МКБ-10 соответствует понятию маниакально-депрессивного психоза?
a. Депрессивный эпизод
b. Дистимия
c. Биполярное аффективное расстройство
d. Циклотимия
e. Тревожное расстройство

289. В каком возрасте наиболее часто развиваются депрессивные состояния?
a. В возрасте до 20 лет
b. В возрасте от 20 до 50 лет
c. В возрасте от 50 до 60 лет
d. В возрасте от 60 до 70 лет
e. В возрасте старше 70 лет

290. Имеется ли разница в частоте возникновения депрессивных состояний в зависимости от пола?
a. У мужчин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у женщин

b. У женщин депрессии бывают в 2-3 раза чаще, чем у мужчин
c. У мужчин депрессии бывают в 5-6 раз чаще, чем у женщин
d. У женщин депрессии возникают так же часто, как и у мужчин

291. Имеется ли строго определенная зависимость риска возникновения депрессивных состояний от преморбидных личностных факторов?
a. Депрессии чаще возникают при наличии тревожно-мнительных черт
b. Депрессии чаще возникают при наличии шизоидных черт
c. Депрессии чаще возникают при наличии эпилептоидных черт
d. Депрессии чаще возникают при наличии мозаичной личностной структуры
e. Депрессии могут возникать при любых особенностях личностной структуры

292. Какова необходима длительность существования депрессивных нарушений для вынесения диагноза дистимии в соответствии с критериями МКБ-10?
a. Как минимум 2 месяца
b. Как минимум 6 месяцев
c. Как минимум 12 месяцев
d. Как минимум 24 месяца
e. Вынесение диагноза дистимии не зависит от длительности депрессивных нарушений

293. Что представляет основную угрозу жизни больного при депрессивных состояниях?
a. Резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии
b. Самоповреждения и убийства
c. Стойкие запоры
d. Упорные нарушения сна
e. Для депрессии не характерно наличие симптомов, внушающих опасение за жизнь больного

294. Какова зависимость частоты суицидов от пола депрессивных больных?
a. Женщины совершают суициды при депрессиях также часто, как и мужчины
b. Женщины совершают суициды при депрессиях в 2 раза чаще, чем мужчины
c. Женщины совершают суициды при депрессиях в 5-6 раз чаще, чем мужчины
d. Мужчины совершают суициды при депрессиях в 2 раза чаще, чем женщины
e. Мужчины совершают суициды при депрессиях в 3-4 раза чаще, чем женщины

295. Что является основным подходом в лечении депрессивных состояний?
a. Немедленная госпитализация
b. Применение антидепрессантов
c. Применение транквилизаторов
d. Проведение психотерапии
e. Терапевтические подходы зависят от особенностей депрессивного состояния

296. Что выходит на первый план в клиническом состоянии больных с так называемыми «маскированными депрессиями»?
a. Нарушения мимики и пантомимики
b. Пониженное настроение
c. Интеллектуально-мнестические нарушения
d. Изменения личности
e. Сомато-вегетативные функциональные расстройства

297. Циклотимия – это:
a. Вид невротического расстройства

b. Вид аффективного расстройства
c. Психотическая форма БАР
d. Динамика циклоидной психопатии
e. Вид маскированной депрессии

298. Как подразделяются депрессивные эпизоды в соответствии с МКБ-10?
a. Имеющие непрерывное или прерывистое течени
b. Текущие больше 2-х, 6-ти или 12-ти месяцев
c. Имеющие эндогенную или экзогенную природу
d. Легкие, умеренные или тяжелые
e. В МКБ-10 отсутствует подразделение депрессивных эпизодов

299. Какое значение имеет семейное положение с точки зрения повышения риска развития депрессивных состояний?
a. Депрессии чаще возникают у лиц, состоящих в браке
b. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих тесных межличностных связей
c. Депрессии чаще возникают у лиц, продолжающих во взрослом состоянии проживать совместно с родителями
d. Депрессии чаще возникают у лиц, не имеющих детей
e. Семейное положение и межличностные связи никак не влияют на риск развития депрессий

300. Виды суицидальных действий:
a. Членовредительство
b. Суицид
c. Суицидальная попытка (истинная)
d. Суицидальная попытка (демонстративно-шантажная)
e. Самоповреждения

301. Возникновение реактивной депрессии:
a. Является признаком маниакально-депрессивного психоза
b. Связано с психической травмой
c. Обусловлено появлением слуховых галлюцинаций
d. Связано с наличием сенсорных автоматизмов
e. Не связано с воздействием внешних факторов

302. Господствующая теория суицида:
a. Анатомо-антропологическая
b. Психопатологическая
c. Социологическая
d. Социально-психологической дезадаптации
e. Клиническая

303. Как подразделяются депрессивные эпизоды в соответствии с МКБ-10?
a. Имеющие непрерывное или прерывистое течение
b. Текущие больше 2-х, 6-ти или 12-ти месяцев
c. Имеющие эндогенную или экзогенную природу
d. Легкие, умеренные или тяжелые
e. В МКБ-10 отсутствует подразделение депрессивных эпизодов

304. Какие категории психически больных чаще совершают суициды:
a. Депрессивные

b. Маниакальные
c. Параноидные
d. Паранойяльные
e. Галлюцинаторно-параноидные
f. Слабоумные
g. С истерическими психозами

305. Основную часть лиц, совершающих суициды, составляют:
a. Дети
b. Молодежь
c. Лица среднего возраста
d. Пожилые люди
e. Соматически больные
f. Психически больные

306. Основные способы самоубийства:
a. Падение с высоты
b. Самоповешение
c. Утопление
d. Отравление
e. Огнестрельное ранение
f. Наезд транспорта

307. Основы положения социально-психологической концепции суицида:
a. Диагностические категории суицидентов
b. Признаки социально-психологической дезадаптации
c. Сопутствующие соматические заболевания
d. Наследственная отягощенность
e. Предыдущие суицидальные высказывания

308. Самоубийство проблема преимущественно:
a. Социальная
b. Экономическая
c. Правовая
d. Медицинская
e. Педагогическая

309. Уровень самоубийств рассчитывается:
a. На 100 человек населения
b. На 1000
c. На 10000
d. На 100000
e. На 1000000

310. Частота суицидов, признанная ВОЗ как критическая в отношении психического здоровья населения:
a. 20 случаев в год на 100000 населения
b. 150 случаев на 100000
c. 5 случаев на 100000
d. 200 и более случаев на 100000
e. 50 и более случаев на 100000

311. Кто из пограничных больных чаще совершают суициды:
a. Хронические алкоголики
b. Невротики
c. Психопаты
d. С реактивными состояниями
e. С нервно-психической неустойчивостью
f. С психосоматическими расстройствами

312. Биполярное аффективное расстройство I типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):
a. Наличием маниакальных и депрессивных эпизодов в равном количественном соотношении; диагноз может быть поставлен на основании обязательного присутствия обоих вариантов эпизодов на протяжении расстройства
b. Наличием гипоманиакальных и субдепрессивных эпизодов вне зависимости от их количества; диагноз может быть поставлен на основании наличия хотя бы одного гипоманиакального и субдепрессивного эпизодов на протяжении расстройства
c. Наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
d. Наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений, и одного гипоманиакального эпизода
e. Наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

313. Биполярное аффективное расстройство II типа характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):
a. Наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
b. Наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; в анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды
c. Наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе отмечался как минимум один маниакальный эпизод
d. Наличием стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух месяцев или более, включающего многочисленные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени
e. Наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

314. Циклотимическое расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):
a. Наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или

продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода

b. Наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды

c. Наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере пяти лет или более, включающего многочисленные гипоманиакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; гипоманиакальная симптоматика может быть, но не обязательно, достаточно выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать требованиям для определения гипоманиакального эпизода, но развернутые маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе отсутствуют; депрессивная симптоматика никогда не бывает настолько выраженной или продолжительной, чтобы полностью отвечать диагностическим требованиям для депрессивного эпизода

d. Наличием хронического стабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух недель или более, включающего маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени; маниакальные и депрессивные симптомы оказывают существенное влияние на качество жизни пациента, формируя состояние дистресса

e. Наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

315. Рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется следующими признаками (выберите наиболее точные характеристики):

a. Наличием одного или нескольких с течением времени депрессивных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного депрессивного или смешанного эпизода

b. Наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода; анамнезе не должны отмечаться маниакальные или смешанные эпизоды

c. Наличием хронического нестабильного эмоционального состояния на протяжении по меньшей мере двух лет или более, включающего многочисленные выраженные маниакальные и депрессивные симптомы, которые присутствуют большую часть времени

d. Наличием в анамнезе как минимум двух депрессивных эпизодов, разделенных по меньшей мере несколькими месяцами без выраженных аффективных нарушений; прежде в анамнезе никогда не отмечались маниакальные, гипоманиакальные или смешанные эпизоды, которые указывали бы на наличие биполярного расстройства

e. Наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов; диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода, но обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства

316. Проявления «Флешбек» характерно для:

a. Шизофрении

b. Расстройств личности

c. ПТСР

d. Алкоголизма

e. Эпилепсии

317. Что является стержневым синдромом ПТСР (посттравматического стрессового расстройства)?
a. Алкогольная зависимость
b. Астения
c. Повторное многократное переживание травмы и ее обстоятельств в виде навязчивых воспоминаний, снов, кошмаров
d. Депрессия
e. Бред

318. Какова продолжительность латентного периода развития ПТСР?
a. Несколько часов
b. 6 месяцев
c. Год и более
d. Несколько минут

319. Панические расстройство (диагностич. критерий по МКБ-10):
a. Возникает при обстоятельствах, связанных с объективной угрозой для жизни
b. Возникает в ответ на незначительные психотравмирующие события
c. Возникает на фоне хронической соматической патологии
d. Возникает спонтанно, эпизодически, без видимых причин
e. Возникает при передозировке нейролептиками

320. Какое из приведенных заболеваний можно отнести к «Расстройствам, связанным со стрессом» (МКБ-10)?
a. Тревожное расстройство
b. Расстройство адаптации
c. Неврастения
d. Шизофрения
e. Депрессивный эпизод

321. В течение какого времени после перенесенного стрессового события возникает острая реакция на стресс?
a. Через несколько суток
b. Через несколько месяцев
c. Через несколько минут
d. Через несколько часов

322. Наиболее распространенными психическими расстройствами в условиях чрезвычайных ситуаций являются:
a. Эндогенные психические расстройства
b. Эндогенно-органические психические расстройства
c. Экзогенные психические расстройства
d. Экзогенно-органические психические расстройства
e. Психогенные психические расстройства
f. Расстройства личности
g. Умственная отсталость

323. Основными этиопатогенетическими факторами развития психогенных расстройств при чрезвычайных ситуациях являются:
a. Биологические

b. Психотравмирующие
c. Индивидуально-личностные
d. Социально-психологические
e. Профессионально-бытовые
f. Климато-географические
g. Специфические

324. Основу боевой психической патологии в условиях ТВД составляют:
a. Острые реактивные психозы
b. Реактивные депрессии и параноиды
c. Аффективно-шоковые реакции
d. Диссоциативные расстройства
e. Непсихотические стрессовые расстройства
f. Психогенные сумеречные помрачения сознания (псевдодеменции, пуэрилизм)

325. Представленность психогенных расстройств различного уровня в условиях чрезвычайных ситуаций следующая:
a. Психологический (до 45%), невротический (до 35%), психотический (до 10%)
b. Психологический (до 60%), невротический (до 25%), психотический (до 15%)
c. Психологический (до 80%), невротический (до 20%), психотический (до 5%)

326. Симптом Ганзера – это:
a. Употребление больным им созданных отдельных слов, языка или особого шифра (криптография)
b. Затруднение ассоциативного процесса, проявляющееся в нечетком оформлении мыслей, непоследовательности, соскальзываниях
c. Нарушение сознания легкой степени, характеризующееся колебанием уровня сознания, с периодами его прояснения
d. Мимоговорение, во время которого больной на заданный вопрос отвечает неправильно, хотя по содержанию ответа можно заключить, что вопрос был понят верно
e. Неспособность разделения главного и второстепенного, застревание на несуществующих деталях

327. Стресс-провоцированное аддиктивное поведение в условиях боевой обстановки – это:
a. Суицидальный шантаж
b. Членовредительство, дезертирство
c. Ситуационная психическая зависимость в отношении психоактивных веществ
d. Имитация соматоформных и психопатологических симптомов

328. Нервная анорексия проявляется:
a. Стремлением к похуданию, связанным с боязнью полноты
b. Снохождением
c. Повышенной потребностью в пище
d. Ретроградной амнезией
e. Абсансами

329. «Соматизация» психических расстройств – это
a. Склонность пациентов переживать субъективно и сигнализировать окружающим о наличии у них психологических или межличностных затруднений
b. Склонность пациентов переживать субъективно и сигнализировать окружающим о наличии у них психологических или межличностных затруднений в форме соматического неблагополучия или необъяснимых с точки зрения медицины симптомов, по поводу которых

они обращаются за медицинской помощью
c. Сигнализация окружающим о наличии у них психологических или межличностных затруднений в форме соматического неблагополучия или необъяснимых с точки зрения медицины симптомов, по поводу которых они обращаются за медицинской помощью
d. Склонность пациентов переживать субъективно и сигнализировать окружающим о наличии у них психологических проблем

330. Для соматической патологии характерно
a. Соматотропная терапия не влияет на клинические проявления и не способствует редукции
b. Данные инструментальных методов свидетельствуют о соматической патологии
c. Ипохондрические жалобы на втором плане
d. Связь клинических проявлений с различными провоцирующими факторами

331. Для соматоформных расстройств характерно
a. Повторные обращения к врачам
b. Жалобы не соответствуют объективному состоянию
c. Доминируют соматические жалобы
d. Жалобы соответствуют объективному состоянию

332. Ипохондрическое расстройство начинается в
a. 50 – 70 лет
b. 25 – 35 лет
c. поздний подростковый период
d. 18 – 20 лет

333. К диагностическим критериям соматоформной вегетативной нервной системы относятся
a. Озабоченность больного по поводу возможного серьезного, но как правило, неопределенного, заболевания
b. Симптомы вегетативного возбуждения (сердцебиение, тремор) имеют хронический характер
c. Есть данные за существенное структурное или функциональное расстройство данного органа или системы
d. Данных за существенное структурное или функциональное расстройство данного органа или системы нет

334. Классическая психосоматическая медицина связана с именем
a. А.В. Снежневский
b. Франц Александер
c. Ж. Ангст
d. Э. Кречмер
e. Т.Ф. Пападопулос

335. При соматизированном расстройстве
a. Больные дурашливы
b. Жалобы отсутствуют
c. Жалобы носят многообразный и вариабельный характер
d. Больные подавлены и тревожны

336. Психосоматическая профилактика включает в себя
a. Организацию здорового образа жизни

b. Адекватную психотерапию
c. Организацию режима труда и отдыха
d. Эффективную фармакотерапию
e. Семейную психотерапию

337. Распространенность соматоформных расстройств в общей популяции составляет
a. 0,4 -5,5%
b. 10 -25%
c. 0,4 -1,5%
d. 4 -15%

338. Распространенность соматоформных расстройств в первичной медицинской сети составляет
a. 8,7%
b. 50%
c. 1%
d. 0,5%
e. 100%

339. Риск развития соматоформных расстройств в течение жизни составляет
a. 0,2% — 10%
b. 30% — 70%
c. 2% — 10%
d. 50% — 20%

340. Соматизированное расстройство в первую очередь дифференцируют с
a. Депрессией
b. Расстройством личности
c. Деменцией
d. Генерализованным тревожным расстройством

341. Соматоформная вегетативная нервная система чаще встречается у
a. Мужчин молодого возраста
b. Женщин после 60 лет
c. Подростков
d. Женщин молодого возраста

342. Соматоформные расстройства
a. Представляют медицинскую проблему
b. Представляют социальную проблему
c. Не составляют проблемы
d. Представляют экономическую проблему

343. Соматоформные расстройства – это
a. Психические расстройства, клинические проявления которых определяются соматическими симптомами. Это патологические телесные нарушения, вегетативные дисфункции и поведения, отражающее повышенную озабоченность больных состоянием своего соматического здоровья
b. Психические расстройства, клинические проявления которых определяются соматическими симптомами. Это вегетативные дисфункции и поведения, отражающее повышенную озабоченность больных состоянием своего соматического здоровья
c. Непсихотические расстройства, клинические проявления которых определяются

соматическими симптомами. Это патологические телесные нарушения, вегетативные дисфункции и поведения, отражающее повышенную озабоченность больных состоянием своего соматического здоровья

d. Психические расстройства, клинические проявления которых определяются соматическими и вегетативными симптомами, а также диссоциативными и конверсионными расстройствами

344. Соматоформные расстройства – это

a. Психические расстройства, клинические проявления которых определяются соматическими симптомами

b. Психические расстройства, клинические проявления которых не определяются соматическими симптомами

c. Расстройства психологического развития

d. Расстройства личности

345. Термин «психосоматика» впервые применен

a. Иоганном Кристианом Гейнротом

b. Ганнушкиным Петром Борисовичем

c. Гиппократом

d. Эмилем Крепелиным

346. Согласно DSM-IV расстройства личности делятся на:

a. Кластер А (необычные или эксцентричные расстройства) – параноидное, шизоидное, шизотипическое

b. Кластер В (театральные, эмоциональные или колеблющиеся расстройства) – антисоциальное, пограничное, истерическое, нарциссическое

c. Кластер С (тревожные и панические расстройства) – избегающее, зависимое, обессивно-компульсивное

347. Какие расстройства относятся к патологии развития:

a. Шизофрения

b. Алкоголизм

c. Расстройства личности

d. Травматические психозы

e. Умственная отсталость

f. Реактивные состояния

348. Типичными расстройствами для расстройств личности являются:

a. Расстройства восприятия

b. Нарушения сознания

c. Кататонические симптомы

d. Эмоционально-волевые нарушения

e. Расстройства памяти

349. Патология развития включает в себя:

a. Невротические расстройства

b. Аномалии развития характера

c. Эпилептические изменения личности

d. Умственное недоразвитие

e. Патологию личности при алкоголизме

f. Изменения личности при наркоманиях

350. К диагностическим критериям расстройств личности относятся:
a. Острое начало
b. Тотальность дисгармонии психики
c. Прогредиентность течения
d. Выраженность патологических черт
e. Исходное состояние
f. Стабильность патологических черт

351. В формировании расстройств личности принимают участие:
a. Биологическая неполноценность нервной системы
b. Педагогическая запущенность
c. Отрицательное воздействие окружающей среды
d. Низкий культурный уровень
e. Перенесенные болезни в зрелом возрасте

352. Группировка расстройств личности по О. Кербикову включает:
a. Ядерные (конституциональные) психопатии
b. Возбудимые
c. Краевые (приобретенные)
d. Паранойяльные
e. Органические
f. Смешанные

353. Наиболее распространенными клиническими формами расстройств личности являются:
a. Возбудимая
b. Парафренная
c. Астеническая
d. Неустойчивая
e. Гебефреническая
f. Истерическая
g. Смешанная
h. Импульсивная

354. Стадии динамики расстройств личности:
a. Компенсация
b. Дезадаптация
c. Неустойчивая компенсация
d. Дезинтеграция
e. Ремиссия
f. Декомпенсация

355. Этиологические факторы умственной отсталости:
a. Наследственные
b. Неправильное воспитание
c. Внутриутробные
d. Болезни подросткового возраста
e. Перинатальные в возрасте до 3-х лет
f. Насмешки окружающих

356. Типичные признаки умственной отсталости:
a. Психическое недоразвитие с преобладанием интеллектуальной недостаточности

b. Отсутствие прогредиентности
c. Вторичные задержки развития
d. Приобретенное слабоумие
e. Развитие в возрасте до 3-х лет
f. Психосенсорные нарушения

357. К клиническим формам умственной отсталости относят:
a. Идиотию
b. Деменцию тотальную
c. Деменцию парциальную
d. Дебильность
e. Травматическое слабоумие
f. Имбецильность

358. По этиологическому признаку умственная отсталость подразделяется на:
a. Дифференцированная
b. Смешанная
c. Наследственная
d. Недифференцированная
e. Отдельные формы
f. Истинная

359. Интеллектуальный коэффициент при дебильности равен:
a. 10-20
b. 25-35
c. 35-50
d. 50-70
e. 70-90

360. При оценке глубины психического инфантилизма у подростков показателями являются:
a. Только задержка созревания всех сфер психики
b. Выраженная внушаемость и неуправляемость поведения
c. Только неуправляемость поведения
d. Задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость, слабость интеллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения
e. Только выраженная внушаемость

361. Какова величина коэффициента интеллекта (IQ) при легкой степени умственной отсталости (дебильности)?
a. 35-49
b. 50-69
c. 70-79
d. 0-20

362. Термин «наркотическое» средство включает в себя следующие критерии:
a. медицинский
b. социальный
c. юридический

363. Термин «наркотик» применим:

a. к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
b. ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость

364. В систему организации помощи при наркоманиях в РФ входит:
a. сосредоточение в руках государства фармацевтической промышленности и аптечной сети
b. государственная система здравоохранения
c. контроль уполномоченными государственными учреждениями за производством, хранением и отпуском наркотиков

365. Законодательные акты РФ предусматривают уголовную ответственность:
a. за нарушение правил хранения, продажи и применения наркотических средств
b. за вовлечение, особенно несовершеннолетних, в употребление наркотических средств

366. До постановления судьи основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке при наличии тяжелого психического расстройства являются:
a. Заявления граждан о неправильном поведении пациента
b. Направление в стационар психиатра скорой медицинской помощи
c. Направление в стационар психиатра психоневрологического диспансера (отделения, кабинета)
d. Беспомощность пациента, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

367. Какова правильная формула медицинского критерия недееспособности (ст.29 ГК РФ):
a. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики
b. ...вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния
c. ...вследствие психического расстройства
d. ...вследствие душевной болезни или слабоумия
e. ...вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства или слабоумия

368. Какова правильная формула юридического критерия невменяемости (ст.21 УК РФ)?
a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими
e. Не мог правильно руководить своими действиями

369. Какова правильная формула юридического критерия недееспособности (ст.29 ГК РФ)?
a. Не мог понимать значение своих действий или руководить ими
b. Не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания
c. Не мог отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими
d. Не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими

e. Не мог правильно руководить своими действиями

370. Какой статьей закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» регламентирована недобровольная доставка в приёмное отделение психиатрических стационаров больного без его согласия?
a. статья 11
b. статья 14
c. статья 18
d. статья 25
e. статья 29

371. Лечение без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя:
a. Не может проводиться никогда
b. Может проводиться только при применении принудительных мер медицинского характера
c. Может проводиться при применении принудительных мер медицинского характера, а также при недобровольной госпитализации
d. Может проводиться всем больным, находящимся под диспансерным наблюдением
e. Может проводиться в амбулаторных условиях

372. Основанием для госпитализации пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке является его тяжелое психическое состояние, которое обусловливает:
a. Его непосредственную опасность для себя или окружающих
b. Его непосредственную опасность для себя
c. Его непосредственную опасность для окружающих
d. Его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
e. Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи

373. Право на отказ от лечения психических расстройств имеют:
a. Все лица без исключения
b. Только лица, не состоящие под диспансерным наблюдением
c. Только госпитализированные в недобровольном порядке
d. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера
e. Все лица, за исключением тех, к кому применяются принудительные меры медицинского характера, а также тех, кто госпитализируется в недобровольном порядке

374. При проведении экспертизы нетрудоспособности выделяют следующие критерии:
a. Медицинские
b. Медицинские и социальные
c. Медицинские, социальные и профессиональные
d. Медицинские, социальные, профессиональные и возрастно-половые

375. Решение об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке может быть принято:
a. Врачом любой специальности
b. Фельдшером станции скорой медицинской помощи
c. Только врачом-психиатром

d. Органом управления здравоохранением
e. Судом по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях

376. Решение об установлении диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством, или его прекращении принимается:
a. Врачом-психиатром единолично
b. Комиссией врачей-психиатров
c. Главным врачом диспансера
d. Только судом
e. Только прокурором

377. Согласие на лечение необходимо получать от больного или его законного представителя:
a. Только в начале курса терапии
b. При каждом и любом изменении первоначальной схемы терапии
c. В начале курса терапии, а также при смене метода терапии и таких изменениях в лечении, которые связаны с существенным возрастанием риска побочных эффектов и осложнений
d. При недобровольной госпитализации в психиатрический стационар
e. При проведении принудительного лечения

378. В соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан РФ разрешена ли эвтаназия?
a. Да
b. Нет

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требует, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!»
Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.
— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
— 40, или, может быть, 30.

— Так Вы еще молодой человек?
— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...
— А какой сейчас у нас год?
— Наверное, 1961...
— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
— Наверное, 10.
— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
— Я дома, у себя в избе.
— Как Вас здесь кормят?
— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..
Вопрос:
Охарактеризуйте психопатологическое состояние

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная Г., 51 г., обратилась в клинику психиатрии с жалобами на «потерю интереса к жизни», нарушение сна, «нежелание, что-либо делать», особенно в первой половине дня.
Заболела пять месяцев назад, когда после перенесенного стресса на работе у больной появились вышеперечисленные жалобы, лечилась амбулаторно, выраженного клинического эффекта не наблюдалось.
Наследственность психопатологически не отягощена, является единственным ребенком в семье, родилась от нормальной беременности и родов. Окончила школу, педагогический институт, работает по специальности – учителем начальных классов в гимназии. Замужем, отношения в семье ровные, имеет двух дочерей – 21 и 25 лет.
Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная не проявляет заинтересованности в беседе, речь замедленная, больная немногословна. Расстройств восприятия нет, мышление последовательное с выраженным замедлением темпа ассоциативного процесса, продуктивных расстройств мышления нет, суицидальных намерений нет.
Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

2. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачится, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать, рычит, пытается ухватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он «изображает охотника в диком лесу и прыгает с ветки

на ветку». Оставленный без присмотра ведет себя непредсказуемым образом: может сдернуть с больного одеяло, разбить окно; однажды отвинтил пробки от грелок и спустил их в унитаз. Временами возбуждение достигает степени неистовства. Больной становится злобным, нецензурно выражается (но тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «привяжите меня, не могу, я сейчас начну окна бить!». Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

3. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больная Б., 21 года, обратилась с жалобами на «страх потерять контроль над физиологическими функциями – страх потерять контроль над мочеиспусканием в присутствии других людей», сопровождающийся чувством жара, зудом в области гениталий, невозможностью сосредоточиться, повышенную утомляемость, нарушение сна.

Родилась младшим ребенком в семье из двоих детей. Родители здоровы. В 5-летнем возрасте на фоне гриппа с высокой температурой был однократно развернутый судорожный припадок. В школу пошла в возрасте 6-и лет, училась хорошо, по окончании школы поступила в техникум, в настоящее время обучается на втором курсе.

По характеру вспыльчивая, долго отходит, если ее кто-нибудь разозлит. Общительная, эмоциональная, тепло относится родителям, сестре. Изменений в характере, интересах, привязанностях не отмечает.

Причиной болезни считает события детства, когда в детском саду заставляли ложиться спать, не пускали в туалет. В возрасте 6-и лет был период, когда все время хотелось помочиться, не могла ездить в транспорте. Это состояние длилось около месяца, прошло без лечения. В последующем признаки заболевания не отмечались. Полгода назад, когда в течение нескольких часов не имела возможности зайти в туалет, помочилась в парадной. После этого вспомнила, что с ней было в детстве, и появился навязчивый страх, что захочет в туалет в неподходящем месте и не сможет помочиться. Стала перед уходом из дома по несколько раз забегать в туалет, не смогла ездить в транспорте. А в последнее время не смогла сидеть на занятиях, все время выбегает в туалет, не может сосредоточиться. Не может себя контролировать, появляется паника, представляет, что с ней может произойти, трясется от страха, бросает то в жар, то в холод.

Летом занималась с психотерапевтом в течение 3-х месяцев без эффекта, принимала грандаксин. В компании с друзьями, на дискотеках, дома проблем этих нет – страх возникает тогда, когда нет возможности свободно зайти в туалет.

Психическое состояние: все виды ориентировки сохранены, контактна, настроение умеренно снижено. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, фиксирована на мысли потерять контроль над мочеиспусканием. Суицидальных мыслей нет.

Вопрос:

Какой синдром наблюдается у больной?

4. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная М, 43 года, поступила с жалобами на: онемение конечностей, тревогу, заикание во время волнения, чрезмерную душевную чувствительность, периодически возникающую плаксивость, подавленное настроение, снижение памяти, особенно на даты, «рассеянность», ухудшение зрения и слуха, общую слабость, нарушение сна.
Два года назад во время переезда из Кандалакши в Сертолово у больной начинает болеть дочь, которую госпитализируют, муж в это время находится в другом городе по работе. Больная получает известие, что ее мать находится в тяжелом состоянии, и едет в Уфу. После нескольких недель ухода мать умирает на руках у больной. Тогда же у больной появляются тревога, беспокойство, снижается настроение, больная становится рассеянной, на что начинают обращать внимание ее родственники. Значительно ухудшается слух на одно ухо, снижается зрение. В этом состоянии больная едет к семье на черноморский курорт, где ее самочувствие улучшается. Некоторое время больная чувствует себя неплохо, успешно работает, занимается семьей. Около года назад из-за старой проводки загорается небольшая комната с уборочным инвентарем на складе, подведомственном больной. Больная с помощником успешно тушит его, но помощник получает небольшие ожоги. Несмотря на минимальный материальный ущерб, после происшествия последовали серьезные разбирательства с психологическим давлением на больную. Появляется онемение конечностей, заикание во время волнения, подавленность, тревога, сопровождающаяся снами тревожного содержания, ухудшается память, особенно на даты, больная становится плаксивой, рассеянной, нарушается сон.
Объективно: сознание не нарушено, ориентирована верно. В беседу вступает легко, на вопросы отвечает правильно, но обстоятельно, фиксируясь на второстепенных деталях, иногда с трудом подбирая слова. Речь экспансивная, громкая, образная, хорошо модулированная. Мимика яркая, соответствует переживаниям больной. Поведение упорядоченное, несколько демонстративна, однако дистанцию в общении соблюдает. Держится немного напряженно с лечащим врачом – «боится показаться сумасшедшей», насторожена по отношению к соседкам. Говорит, что легла больше с диагностической и профилактической целью. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление обычного темпа, последовательное, без структурных нарушений. Обманы восприятия не выявляет, бредовые идеи не высказывает. Настроение несколько снижено, подавлена, выраженно тревожна. Без двигательных нарушений.
Вопрос:
Какой синдром наблюдается у больной?

5. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны

внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.
Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы
2. Назовите синдром

6. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной П., 48 лет, за несколько дней до поступления в психиатрический стационар стал замкнутым, уединялся. Задавал однообразные вопросы: «Что дальше?», «Ну зачем же?», при этом пристально смотрел в глаза жены. Был осмотрен психиатром, который предложил госпитализацию. Ночью больной неожиданно проснулся, почувствовал, как «из соседнего дома при помощи специального передатчика излучают зеленые радиоволны». Увидел в окнах напротив свет и понял, что там «заседает шпионская группа». «Члены группы» периодически выглядывали в окно и «воздействовали космическим излучением» на его жену, делая ее тем самым «послушной марионеткой». Понял, что и жена теперь входит в эту организацию. «Они» ей дали задание отравить его, подсыпать яд в стакан с молоком. Решив, что необходимо срочно разоблачить и уничтожить преступников, начал искать нож (накануне вечером жена спрятала все острые предметы). Нашел в коридоре ржавую вилку и, подойдя к спящей жене, ударил ее несколько раз по голове.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

7. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С., 42 лет, неоднократно лечился в психиатрических стационарах, выписывался с улучшением психического состояния. При очередном поступлении в больницу во время беседы с врачом заявил, что совершенно здоров и служит в специальных органах капитаном, врачом, конструктором, «есть и повыше звания». В дальнейшей беседе сообщил, что окончил много высших учебных заведений и выполняет свой долг перед Родиной. Считает, что в больницу его доставили для специального обследования и проверки. Уверен, что у него много врагов, что в него стреляли с самолета чем-то непонятным, и даже здесь, несмотря на «поддельные документы» его могут «ликвидировать». Неожиданно заявляет: «Сейчас у меня звериная голова». Утверждает, что вместо головного мозга у него установлен специальный передатчик, сделанный из никеля, платины и золота, по которому он «получает важные задания сверху». Заявляет, что способен «делать погоду», что для обучения специально ездил в «центр», в который его приняли только потому, что он «дворянского происхождения». Сообщает, что раньше летал на другие планеты на «Венере-30», спрятал там множество сокровищ, а когда вернулся на Землю, то в организме остался всего один стакан крови.
На вопросы отвечает односложно, формально. Фон настроения повышен с элементами

эйфории.
Вопросы:
Какой психопатологический синдром описан в задаче?
При каких заболеваниях встречается данный синдром?

8. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Находящийся в психиатрической клинике больной З., 57 лет, оживлен, много ходит, размахивает руками, бессвязно разговаривает. При этом наблюдается экзальтированность, в речи много пафоса, высокопарности. На вопросы, обращенные к нему, нередко отвечает повторением тех же вопросов, может подряд несколько раз сказать слово «надежда» или «якорь». Порой наблюдается беспричинный, не заражающий окружающих смех. При попытке медицинского персонала поправить одежду или помочь больному сесть, резко одергивает руки и устремляется в противоположную сторону. Выражение лица постоянно меняется, при этом мимика верхней части может выражать радость, глаза смеяться, а рот в это время быть злой, зубы стиснуты, губы плотно сжаты и наоборот. Периодически больной внезапно останавливается посреди палаты и несколько раз стереотипно кивает головой и раскачивает телом. Иногда зеркально повторяет действия других больных или персонала. Во время обеда отказывался есть, отворачивался, однако при попытке унести пищу жадно схватил ее, съел несколько ложек и вновь отвернулся.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

9. **СИТУАЦИОННАЯ ЗА**ДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная Г., 14 лет, ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице кокетничала с незнакомыми молодыми людьми. В отделении держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но оставшись в одиночестве танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна. В присутствии других детей, в особенности мальчиков, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет «Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин». Постоянно гримасничает, хмурит брови, закрывает глаза, морщит лоб. Внезапно, без видимой причины разражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продуты тут же съедает, кроме этого, пытается выхватить пищу у других детей. При свидании с подругами не проявляет никакой радости. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво, формально. 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 стационирования. Не обеспокоена перерывом в

учебе: «Ничего особенного. Перейду учиться в другую школу».
Вопросы:
Какой психопатологический синдром описан в задаче?
При каких заболеваниях встречается данный синдром?

10. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДА**ЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К., 23 г., сельскохозяйственный рабочий. 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 тиопентал-натрия и кофеина. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить в контакт с больным. 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». Считает, что всего мысли известны окружающим; уверен, что его «на 2 дня умертвили, а потом воскресили», спрашивает у врача «есть ли надежда на жизнь». Через 40-60 минут после введения тиопентал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

11. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Ш., 20 лет. В течение последних 3-х лет постепенно стал меняться круг интересов, утратил прежних друзей, время проводил за чтением оккультной литературы, по ночам просматривал «мистические» видеофильмы. Постоянно рассуждал о каком-то «сатанизме» и строил малопонятные для окружающих отвлеченные философические концепции «демонического начала» мироздания. Обратил на себя внимание внешней отчужденностью и беспричинными перепадами настроения. Не мог «найти общий язык» с товарищами, держался замкнуто, в свободное время разрисовывал листы бумаги какими-то символами. Состояние особенно ухудшилось, когда на фоне нарастающей тревоги, стало казаться что «непознанные демонические силы» осуществляют «наблюдение» за ним и «считывают» его мысли. Чувствовал чей-то «преследующий взгляд», испытывал «необычные» ощущения «жжения» кожи и твердил о влиянии на него «черных ангелов». Для обследования родителями был госпитализирован в неврологическую клинику, откуда под влиянием императивных галлюцинаций сбежал, всю ночь где-то прятался, затем самостоятельно вернулся, после чего был направлен на обследование в психиатрическую клинику. При поступлении напряжен и подозрителен, свои переживания не раскрывал. Рисует абстрактно-

символические картинки.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная Х., 21 год, находясь в психиатрическом стационаре по поводу периодической формы шизофрении, стала проявлять постепенно нарастающую отрешенность от окружающего, склонность к «мечтательности». На вопрос «где она находится, и как ее зовут?» отвечала» «Подождите, подождите… Не помню, не важно, потом…». Несколько дней находилась в состоянии практически полной утраты контакта с окружающими, подолгу сидела на кровати или бесцельно ходила по коридору с «зачарованной» улыбкой. На вопросы медперсонала отвечала односложно, либо не отвечала вообще. В дальнейшем, выйдя из состояния отрешенности, рассказывала, что все это время она «находилась в космическом пространстве», участвовала в «межпланетных полетах», «руководила войной с инопланетянами», чувствовала, что «призвана спасти Землю, создать новое общество, сделать людей счастливыми». Реальные события в этот период описывает фрагментарно, предъявляет жалобы на то, что «ее вернули обратно», что «там было хорошо и красиво», «там» она чувствовала «свое исключительное предназначение».
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

13. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
У больного Л., 34 лет, находящегося в инфекционном отделении по поводу крупозной пневмонии, несколько дней подряд сохранялась высокая температура. На этом фоне у Л. стали наблюдаться эмоциональные нарушения от немотивированной эйфории до экстаза. В дальнейшем у больного обнаружилась нарастающая отрешенность от окружающего, двигательная заторможенность наряду с «богатым» мимическим полиморфизмом: на лице сменяли друг друга гримасы недоумения, благодушия и ужаса. Параллельно с этим отмечалась полная дезориентация в пространстве, времени и собственной личности. В течение двух дней Л. был практически недоступен смысловому контакту, неподвижно сидел на кровати, изредка вздрагивая и взмахивая руками. При возобновлении контакта он отрывочно, но все же достаточно подробно рассказал, что «участвовал в сотворении мира», «был в аду», где над ним «веками проводились изощренные нескончаемые пытки», видел «извержение Везувия, разрушение зданий, гибель Помпеи» и т.д. События реальной действительности и свое поведение в этот период практически не помнит.
Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром описан в задаче?
2. При каких заболеваниях встречается данный синдром?

14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу-психиатру в поликлинике обратилась гражданка Н., 29 лет, с жалобами на «плохую память». При детальном расспросе выяснилось, что несколько дней назад Н. неожиданно оказалась на незнакомой улице. Последнее, что она помнила до этого, это то, как они с сотрудницей возвращались домой после работы. При последующем общении с Н. сотрудница рассказала, что попрощалась с ней на автобусной остановке, и та, по ее словам, поехала «в центр за обновками». При этом никаких странностей в поведении Н. не наблюдалось.
При беседе Н. контактна, на вопросы отвечает развернуто, обстоятельно, не всегда по существу, самостоятельно переключается на описание своих расстройств. Речь замедленна, монотонна, весьма многословна, однако словарный запас ограничен. Из собранного анамнеза стало известно, что бабушка Н. (по материнской линии) длительное время страдала эпилепсией, неоднократно находилась на лечении в неврологических, а концу жизни и в психиатрических стационарах. Сама Н. росла тихой, задумчивой девочкой, все свободное время предпочитала проводить дома в кругу семьи. С 25 лет отмечает появление головных болей, по поводу которых неоднократно обращалась к невропатологу. Кроме того, Н. сообщила, что в детстве, будучи в пионерском лагере, неоднократно дразнилась детьми за то, что, по их словам, «ходила по ночам». При этом утром Н. просыпалась в своей постели и ничего не помнила.
Вопросы:
Какой психопатологический синдром описан в задаче?
При каких заболеваниях встречается данный синдром?

15. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
К врачу-психиатру обратилась гражданка Ф., 43 лет, с жалобами на то, что последнее время она замечает у себя «некую внутреннюю отчужденность», стала «какой-то другой, …это я и не я – чувствую это, а описать не могу». Недавно, например, очень ждала приезда своего сына, которого не видела уже несколько лет. Но после свидания «сидела и горько плакала: он пришел, мой горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, это так ужасно, так мучительно». В процессе обследования психической сферы удалось выяснить, что память, внимание и мышление не обнаруживают никаких формальных расстройств, а сама настойчивость, с которой Ф. укоряет себя в преступном равнодушии к сыну, исключает наличие у нее эмоциональной тупости в узком значении этого слова.
При беседе Ф. вспомнила интересный эпизод своей жизни: однажды, в 15 лет, она долго готовилась перед экзаменами, очень волновалась и практически не спала несколько ночей подряд. На фоне общей усталости и астенизации она вдруг заметила, что «не чувствует своих ног». Подсевшая к ее кровати мать, казалось, «находилась где-то очень далеко». Через несколько минут все это прошло.

Вопрос:
Какие психопатологические состояния описаны в задаче?

16. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К. 39 лет. Отец больного злоупотреблял спиртными напитками. В детстве серьезными заболеваниями не болел. Учился «средне», по характеру ранее был веселым, «компанейским». За последние годы характер изменился, появилась вспыльчивость, раздражительность. После окончания 10 классов поступил в военное училище, первые годы после его окончания женился, успешно продвигался по службе. Спиртные напитки стал употреблять с 19-летнего возраста. Выпивал в компании, умеренно. Незаметно втянулся, ежедневно после работы стал выпивать с сослуживцами. Выпив немного, терял над собою контроль, доводил себя до тяжелого алкогольного опьянения. Начал похмеляться по утрам, без этого не мог работать. Появились упущения по службе, служебные взыскания, задержка очередных воинских званий, ухудшились отношения с женой. В течение последних 10 лет пьет запоями по 7-10 дней подряд, до 1 литра водки в день, часто являлся на службу пьяным, совершал прогулы. Дома в состоянии опьянения устраивал дебоши, ломал мебель, избивал жену. После развода с ней взял отпуск, в течение 2-х недель пьянствовал, практически ничего не ел. Три дня назад пить перестал, так как закончились деньги. Чувствовал себя плохо, появилась бессонница, тошнота, боли в области сердца. Соседи вызвали скорую помощь и милицию, так как из квартиры слышались по ночам громкие крики, больной стучал в стены, выбил в квартире все стекла, отказывался открывать дверь.
При осмотре больной возбужден, не может усидеть на одном месте, залезает под кровать, ползает по полу, заглядывает под столы и стулья, что-то ищет. Весь напрягается, с выражением ужаса на лице вскрикивает: «Вон она побежала, с длинным хвостом!» Не может точно назвать число и день недели. Прислушивается к разговорам за окном, восклицает: «Это опять они, те бандиты, что хотят меня убить!»
Вопросы:
1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

17. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная С. 34 лет. Родители злоупотребляли алкоголем. Когда больной было 2 года, ее отец, после нескольких дней запоя повесился. Через год мать в состоянии алкогольного опьянения попала под поезд. Воспитывалась в детском доме, затем училась в школе-интернате. Учеба давалась с трудом, после окончания 8 классов закончила ПТУ, получила специальность штукатура-маляра. С 12 лет алкоголизируется, половая жизнь с 13 лет, беспорядочная, неоднократно лечилась по поводу венерических заболеваний. Из-за пьянства и прогулов нигде на работе подолгу не удерживалась, в настоящее время не работает. Трижды привлекалась к уголовной ответственности за кражи, отбывала наказание в исправительной колонии общего режима в течение 3 лет. Замужем не была, имеет 2 детей, судом лишена

родительских прав. Проживает в общежитии с сожителем. Накануне поступления, после ссоры с сожителем в состоянии алкогольного опьянения, с суицидной целью выпила около 200 мл. дихлофоса. Соседи по комнате после безуспешных попыток разбудить больную вызвали неотложную помощь. Доставлена в токсикологический центр.
При осмотре: Контакту недоступна. Кожный покров с синюшным оттенком. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. дыхание ослаблено, в нижних отделах легких с обеих сторон влажные хрипы. Живот мягкий. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги. Зрачки сужены, реакция на свет слабая. Корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные рефлексы не вызываются. На болевые раздражители не реагирует. Менингеальных симптомов нет.
Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациентки?
2. К какой группе синдромов он относится?

18. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной М. Поступил в многопрофильную клинику с подозрением на опухоль головного мозга. В день поступления жалобы не предъявляет, безучастно лежит в постели с отрешенным видом, на вопросы отвечает односложно, после нескольких повторений вопроса, в основном фразами «Да» или «Нет». К контактам не стремится, к окружающему безразличен. Правильно называет свою фамилию, имя и отчество. Назвать сегодняшнее число и день недели затрудняется. К вечеру перестал отвечать на вопросы, реагировал на обращение к нему и выполнял простейшие команды (открыть глаза, высунуть язык).
На следующий день в контакт не вступает, на обращение к нему не реагирует. В ответ на болевое раздражение морщится и отводит руку. Сухожильные и корнеальные рефлексы сохранены.
На третий день лежит в постели, в контакт не вступает, на болевые раздражители не реагирует, сухожильные и корнеальные рефлексы не вызываются.
Вопросы:

1. Какие синдромы наблюдались у пациента в 1, 2 и 3 день поступления в госпиталь?
2. К какой группе синдромов они относятся?

19. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С. 19 лет. Единственный ребенок в семье. В росте и развитии не отставал. В школу пошел своевременно, закончил 10 классов, учился средне. После школы работал токарем на заводе. Призван в Вооруженные силы, служил в танковых войсках. По службе сначала характеризовался положительно. Однако через некоторое время командование и сослуживцы заметили отклонения в поведении. Стал уединяться, перестал общаться с сослуживцами, несколько дней не спал, отсутствовал на построении, в результате поисков был обнаружен на чердаке казармы с намотанными на голову проводами. Заявлял о том, что подвергается воздействию «особых лучей из космоса», что его мысли известны окружающим, его

действиями управляют инопланетяне. Был направлен в психиатрическое отделение госпиталя. Через несколько дней после поступления состояние ухудшилось. Перестал вступать в контакт с больными и медперсоналом, не принимал пищу, неподвижно лежал на постели с открытыми глазами, с интересом и изумлением вглядываясь в потолок. Был неопрятен калом и мочой, налажено питание больного через зонд. Через две недели состояние улучшилось, постепенно стал вставать с постели в туалет, для приема пищи, начал общаться с медперсоналом. Сообщил, что сознавал, что находится в госпитале, помнил о том, как за ним ухаживали, какие разговоры вели при нем. В то же время наблюдал и чувствовал себя участником фантастических событий. Говорил о том, что его перенесли в будущее, он посещал другие планеты и галактики, общался с инопланетянами, участвовал в звездных войнах. Рассказывает об этом с интересом, сожалеет, что все это уже закончилось.
Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

20. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Врач-психиатр срочно вызван в инфекционное отделение многопрофильного стационара. Со слов дежурного врача, у больного П., находившегося в нем на лечении по поводу острого респираторного заболевания на фоне повышенной температуры развилось необычное состояние. После того как все вечером легли спать, П. внезапно вскочил с постели и начал крушить в палате мебель, переворачивать кровати, громко выкрикивал невразумительные фразы, рвал на себе одежду, яростно сопротивлялся попыткам его успокоить. Несмотря на то, что несколько человек пытались его удержать, П. вырвался от них, выбил оконную раму, сильно порезавшись осколками стекла, выскочил на улицу и бросился бежать. Пробежав около километра, он внезапно упал на землю и уснул. Раны от порезов стеклом были перевязаны дежурным персоналом, доставлен обратно в отделение на носилках спящим.
При осмотре врачом-психиатром выглядит утомленным, причины происшедшего объяснить не может, воспоминания об этом отрывочны, говорит о том, что «кажется все это происходило не со мной, а с кем-то другим».
Из беседы с больным выяснилось, что в детстве страдал судорожными припадками, до 6 лет стоял на учете у невролога. Однако при поступлении в инфекционное отделение этот факт скрыл, не придав ему значения.
Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у пациента?
2. К какой группе синдромов он относится?

21. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная О., 33 года. Образование начальное. Не работает, инвалид II группы. Замужем. Жалобы на кратковременное отключение сознания с частотой до 20-30 раз в сутки и почти постоянные головные боли в височно-затылочной области. Считает себя больной с 11 лет,

когда впервые без видимой причины сознание кратковременно отключилось с застыванием на месте, без падения. В этот момент глаза широко раскрыты, на вопросы не отвечает, лицо обычной окраски, прерывает работу, разговор, иногда роняет предметы, вещи из рук. Такое состояние длится секунды, затем вновь продолжает прерванную работу или разговор без нарушения последовательности и логического смысла. В начале заболевания приступы были 3-4 раза в день. Перед возникновением пароксизма ощущает появление болей в животе, которые поднимаются выше, темнеет в глазах, перестает слышать, внезапно теряет сознание... После пароксизма полная амнезия, самочувствие удовлетворительное, беспокоит только головная боль. Приступы могут быть спровоцированы волнением любого характера. В анамнезе корь, частые ангины. Месячные с 11 лет, беременности не было. С 16 лет инвалид, помогает дома по хозяйству.

Объективно: со стороны соматического состояния отклонений от нормы нет. Память и интеллект без грубых нарушений, отмечается вязкость, многословие, навязчивость, надоедливость. Неврологическое обследование патологических изменений не выявило.

Краниография (КГ): на обзорных снимках черепа в костях его свода определяется усиление пальцевых вдавлений. Турецкое седло в пределах нормы.

Пневмоэнцефалография (ПЭГ): давление спинномозговой жидкости в положении сидя 220 мм вод. ст., топография желудочковой системы не изменена, боковые желудочки слегка расширены. Субарахноидальное пространство во всех отделах заполнилось воздухом, особенностей не представляет. Выраженных морфологических изменений со стороны желудочковой системы не определяется. Незначительная внутренняя водянка.

Электроэнцефалография (ЭЭГ): записи с 16 участков выпуклой поверхности коры головного мозга. Отведения униполярные, биполярные и методом усреднения. Фоновая активность всех участков коры, исключая затылочные, состоит из беспорядочно перемежающихся полиморфных альфа-, тета- и дельта волн, на фоне которых наслаиваются быстрые асинхронные колебания (бета ритмы), наиболее выраженные в переднелобных участках. Гипервентиляция и фотостимуляция сопровождаются увеличением количества и амплитуды тета- и дельта разрядов, одновременно появляющихся во всех областях коры. В течение 2-кратного исследования возникло 5 абсансов, из них 4 были спровоцированы гипервентиляцией. Клинически они сопровождались выраженными нарушениями электрической активности в виде генерализованных разрядов дельта волн частотой 2-2,5 кол/с. В начале ЭЭГ пароксизм состоял из нескольких (2-3) комплексов пик-волна. Таким образом, регистрируются выраженные диффузные нарушения электрической активности, они характеризуются отчетливой аритмией фоновой активности, обусловленной беспорядочно перемежающимися альфа-, тета- и дельта выбросами повышенной амплитуды, усиливающимися при гипервентиляции и фотостимуляции, а также возникновением продолжительных генерализованных двустороннесинхронных пароксизмальных разрядов частотой от 3 до 2,5-2 кол/с.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению?

22. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной В., 32 года. Жалобы, адекватные своему состоянию не предъявляет. Анамнез (со слов больного и его матери): Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Второй ребенок в семье, родился от недоношенной (34-35 недель) беременности. Раннее

развитие без особенностей. По характеру сформировался робким, застенчивым, с трудом находил общий язык с коллективом. В школу пошел вовремя. До 6 класса учился хорошо. Начиная с 6 класса учеба перестала вызывать интерес, пропускал занятия в школе. Занятия практически не посещал, с трудом закончил 8 классов, некоторое время нигде не учился. Посещал религиозные собрания в секте. В 15-летнем возрасте летом отмечена первая попытка суицида смесью лекарственных препаратов. В вечерней школе закончил 9-й класс, после чего в течение 8 месяцев занимался неквалифицированным трудом. Работу прекратил без видимых внешних причин: «просто наступила депрессия». Трижды в течение нескольких лет по неясным мотивам совершал попытки суицида смесью лекарственных препаратов, после которых госпитализировался в отделение реанимации с переводом в психиатрическую больницу. Объясняя причину третьей попытки, сообщил, что «почувствовал, как в сердце вошел Бог, а потом оставил». В течение последних 5 лет инвалид 2 группы по психическому заболеванию, бессрочно. В дальнейшем проходил неоднократное стационарное лечение в психиатрических больницах. Обострение отмечалось дважды в год, весной и осенью, проявлялось снижением настроения, суицидальными намерениями, малопонятным для окружающих рассуждательством религиозного содержания. Последняя госпитализация – весной около года назад. После окончания стационарного лечения от приема препаратов отказывался. Ухудшение состояния отмечено в течение последнего месяца. Стал вести «ночной образ жизни», выбрасывал вещи, книги, разбил и выбросил аппаратуру. Дома разбил стекла в дверях, зеркала. Часто говорил матери, что в нем «сидит Дьявол, Сатана и руководит», что «Бог равнодушно смотрит на то, как он мучается на этом свете», что «самая заветная мечта – уйти на тот свет». Агрессивен в отношении матери, угрожал ей ножом. Обвинял мать в том, что «укладывает в психушку», что «не дала уйти на тот свет, я уже был там, с Богом, а ты все испортила», «вообще, зачем ты мне родила?».

Психический статус: сознание не помрачено. Внешне беспокоен, совершает множество бессмысленных движений – теребит полы халата, накручивает на пальцы волосы, часто наклоняет голову, заглядывая под стол. Сидит, обхватив руками голову, иногда замолкает и начинает прислушиваться. Контакту доступен формально. На вопросы отвечает после длительных пауз, во время которых сидит с закрытыми глазами, прислушивается. Ответы часто не по существу. Темп речи замедлен. Настроение стойко снижено. Тревожен. Высказывает суицидальные мысли: «я безнадежно больной человек, зачем мне жить?» Темп мышления замедлен, резонерствует, есть явления соскальзывания, амбивалентности. Утверждает, что «не хочу продолжать жить и не хочу войти в смерть». Высказывает идеи отношения, греховности и одержимости. «Все это произошло со мной, потому что меня оставил Бог», «в моем сердце сидит Бес», «у меня в голове все омертвело». Больным себя не считает. Отмечаются явления моторного автоматизма: «если я вспоминаю про Беса, который в моем сердце, то он начинает двигать моими руками». В разговоре частые высказывания религиозного содержания. Есть объективные признаки нарушения восприятия, но сам больной наличие таких явлений отрицает.

Результаты проведенного обследования: ЭЭГ недельной давности – средней тяжести нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о диффузном процессе ирритативного характера с преобладанием в передних отделах, с вовлечением в патологический процесс диэнцефально-стволовых структур, с очагом эпилептиформной активности в левой височно-теменной области, со снижением и неустойчивостью общего функционального состояния головного мозга. Нельзя исключить резидуально-органический фон выявленных ЭЭГ-нарушений.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

23. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытие для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи…». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейролептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.
В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.
Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал…, полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.
ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.
Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне

сохранности мнестических процессов.
Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

24. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной П., 22 года. Жалобы на бессонницу, рассеянность.
Анамнез: наследственность психопатологически отягощена со стороны матери, которая проходила лечение в клинике психиатрии (причина не уточнена). Беременность и роды у матери протекали без особенностей. Воспитывался мамой (отец умер от сердечного приступа около 10 лет назад). Старший ребенок из двух детей. По характеру сформировался «активным, общительным». ДДУ посещал. В школу пошел с 7 лет, учился на «удовлетворительно». Закончил 9 классов школы, после этого поступил в Политехнический колледж городского управления хозяйством по специальности «диспетчерского управления». По специальности не работал. Неофициально подрабатывал («прокладывал кабеля»). Проживает с мамой и бабушкой. Материально – бытовые условия удовлетворительные. Около трех лет назад стал отмечать изменения в своем психическом состоянии: «много времени проводил с друзьями, ночью не спал, был раздражительным, уходил из дома, употреблял травку практически каждый день». В связи с этим по настоянию мамы проходил обследование и лечение, был рекомендован прием препаратов: депакин хроно, галоперидол, азалептин. После выписки постоянную терапию не получал. Состояние оставалось нестабильным, периодически возникали состояния, сопровождающиеся повышением двигательной активности, ускорением темпа речи, желанием «уехать в Америку и стать там ди-джеем». Повторно проходил лечение в центре «Бехтерев» с улучшением. Рекомендован прием: конвулекс 900 мг/сут., клопиксол-депо 200 мг раз в 2 недели. Терапию после выписки не принимал. Состояние было относительно стабильным «закончил колледж, устроился на работу». В марте чуть больше года назад отметил ухудшение своего состояния, когда вновь перестал спать, проводил постоянно время с друзьями, пропускал работу, появились ускорение темпа речи, двигательная возбужденность. По настоянию мамы обратился в частную клинику, проходил лечение, выписан с рекомендацией приема препаратов: рисполепт 6 мг/сут., карбамазепин 600 мг/сут., сероквель 25 мг/сут. Для продолжения лечения по настоянию матери обратился за помощью в клинику психиатрии, где находился на лечении три недели, выписан на поддерживающей терапии клопиксол-депо 200 мг, седалит 900 мг/сут. После выписки назначенную терапию принимал исправно, наладил социальные контакты, устроился на работу. К началу зимы следующего года под наблюдением психиатра постепенно снизил дозировку, а затем отменил прием препаратов. В начале весны снова почувствовал тревожность, раздражительность, в связи с чем самостоятельно обратился за помощью к психиатру в частном порядке, которым был рекомендован прием рисполепта 2 мг/сут. на ночь. В мае почувствовал «некий прилив сил», тревогу, раздражительность, стал замечать «большое количество мыслей в голове, которые сильно путались». В связи с неустойчивостью состояния сильно конфликтовал на работе, из-за чего получил взыскание. Для стабилизации своего состояния периодически употреблял каннабиноиды. В связи с ухудшением состояния в сопровождении мамы обратился за помощью в клинику психиатрии ВМедА. Госпитализирован с согласия.
В психическом статусе: сознание не помрачено. Ориентирован всесторонне правильно.

Обманы восприятия не выявляются, высказывает несистематизированные идеи величия, преследования. Считает, что на работе к нему предвзято относятся. Возбужден. В беседе дистанцию с врачом не соблюдает, фамильярен, речь ускорена. Фон настроения повышен. Эмоциональные реакции лабильные. Мышление аморфное, ускоренное, с соскальзыванием идей. Интеллектуально-мнестически без грубых нарушений. Внимание легко переключаемое. Суицидальные мысли не высказывает, агрессивные намерения не выявляются. Критика к своему состоянию отсутствует.
Вопросы:

1. Ваш диагноз, с чем необходимо дифференцировать данное состояние?
2. Предложите план обследования и лечения данного больного.

25. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной С., 22 года. Жалобы на ощущение слежки спецслужбами, «заговора против меня», убежден, что «родственники травят еду», считает, что «они подсыпают наркотики», нарушенный сон, беспокойство, страх.
Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Родился в полной семье, младшим из двух братьев. Беременность у матери протекала без осложнений, роды в срок. В развитии от сверстников незначительно отставал. Посещал дошкольные учреждения. В школу пошел в возрасте 6-ти лет, учился на «отлично» до 9-го класса. В 10-м классе стал отмечать «снижение интересов к учебе». Окончил школу на «хорошо», после поступил в Архитектурно-строительный университет, на специальность архитектор. В период обучения активно занимался спортом (кануполо), состоял в сборной Санкт-Петербурга. В тот период по характеру оценивал себя как активного, веселого, общительного парня. С 18-ти лет проживает один в отдельной квартире. Материально-бытовые условия оценивает как «хорошие». В период обучения в старших классах начал отмечать «депрессивные эпизоды», когда на фоне «психического благополучия», снижалось настроение, был упадок сил и тревога. Данные состояния проходили самостоятельно в течение 5-7 дней. Так же периодически отмечал состояния приподнятого настроения, гиперактивности и повышенной физической силы. В это же время периодически употреблял ЛСД с целью улучшить свое самочувствие. По данному поводу к специалистам не обращался, так как «это не особо мешало». Весной два года назад стал раздражительным, вспыльчивым, отмечал шум в голове, начали возникать конфликты в семье. С трудом закончил обучение на 3-м курсе института. С середины лета того же года начал слышать голоса комментирующего и приказывающего характера, а также «свой внутренний голос». Один голос «приказывал убить знаменитого человека», другой «обсуждал меня и мои действия», а третий «мой внутренний, говорил, что это все игра». Появился страх, что другие люди читают его мысли. В августе стал «замечать» за собой «слежку агентов каких-то спецслужб», «они ждали меня везде: дома, на учебе, на улице». В этот период по настоянию «внутреннего голоса» уехал в Турцию для лечения «других голосов». После возвращения был убежден, что «я обладаю телепатией, поэтому за мной и следят». Укрепился в мыслях о своем превосходстве над другими и о возможности управления силами природы. По настоянию брата и отца обратился в клинику психиатрии, где проходил лечение в течение 4 недель. Был выписан с улучшением на поддерживающей терапии (амдоал 30 мг/сутки, акинетон 2 мг/сутки). В течение трех дней после выписки состояние оставалось стабильным, после чего начал замечать, что «мне в еду подсыпают наркотики, они хотят сделать меня наркоманом», возобновились голоса «в голове», которые также говорили, что «родители желают зла». На

фоне данных переживаний сбежал из дома и пытался улететь в другую страну. Был найден братом в аэропорту. После длительных уговоров, в сопровождении брата обратился в клинику психиатрии, где проходил обследование и лечение в течение трех недель, выписан на поддерживающей терапии клопиксол-депо (200 мг) 1,0. В течение месяца чувствовал себя удовлетворительно. Выполнял инъекции согласно рекомендации (один раз в две недели). Еще через месяц, в середине декабря, внезапно утром почувствовал злость, страх. «Мне показалось, что кругом все игра», «я испугался родителей, они хотели меня отравить», «я понимал, что это неправда, но думать по-другому не смог». В течение суток наросли тревога, беспокойство, появилось ощущение преследования. Вновь проходил обследование и лечение в течение двух недель в клинике психиатрии. Выписан с улучшением на поддерживающей терапии (галоперидол 25 мг/сутки, циклодол 8 мг/сутки). Препараты принимал исправно, чувствовал себя удовлетворительно. Амбулаторно наблюдался психиатром, по его рекомендации получал рисполепт конста. Состояние оставалось удовлетворительным. Спустя год, в декабре на фоне снижения дозировки препарата вновь появились идеи преследования, «следили спецслужбы», из-за чего считал себя избранным. Строил различные «теории о системе», о «психотонном оружии». Сообщил, что следили, потому что «я не подходил системе … они хотели меня сломать, но я победил». Появились голоса комментирующего характера, которые сообщали, «что по итогу должна состояться встреча с КГБ». Считал, что родители «хотят отравить … желают зла, я их боюсь». Стал злоупотреблять алкоголем, чтобы заглушить свои переживания, «становилось легче». Родители пациента настаивали на обращении в клинику психиатрии, из-за чего подрался с отцом. В конце декабря стал агрессивным, тревожным, «считал, что все вокруг желают зла», «система против меня». Почувствовал излучение, исходящее из «религиозных атрибутов», поэтому снял их, чтобы «не могли на меня воздействовать». В связи с нарастанием тревоги и беспокойства по настоянию родителей был госпитализирован в частную клинику, где проходил лечение в течение четырех недель. Со слов, время госпитализации помнит плохо, пребывал в шоковом состоянии, потому что «все мои теории оказались неправильными». Был выписан с улучшением на поддерживающей терапии (рисперидон 2 мг/сутки). Однако состояние оставалось нестабильным. Сразу после выписки для продолжения лечения самостоятельно обратился в клинику психиатрии. Госпитализирован с согласия.

В психическом статусе: сознание не помрачено. Полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности. Внешне опрятен. Высказывает идеи преследования, воздействия, отмечает в голове голоса комментирующего характера. В беседу вступает охотно, рассказывает о своем самочувствии. Речь внятная. Голос громкий, хорошо модулированный. Фон настроения снижен, тревожен, напряжен. Эмоциональные реакции сопровождаются выраженными вегетативными проявлениями. Мышление аморфное, с элементами резонерства и соскальзыванием идей. Внимание повышенно переключаемое, истощаемое, память без грубых нарушений. Суицидные мысли на момент осмотра отрицает. Без агрессивных тенденций. Критика фрагментарная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, с чем необходимо дифференцировать данное состояние?
2. Предложите план обследования и лечения данного больного.

26. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Пациент К., мужчина, 34 года, врач. Обратился к психиатру с жалобами на подавленное настроение в течение дня, хотя «все вроде бы хорошо», и усталость с самого утра. Отмечает,

что у него «меньше желания ходить на работу», но «приходится заставлять себя, и я иду». Пациент долго не обращал внимание на данные симптомы, так как думал, что «все из-за повседневного стресса», но его жена заметила эти изменения в поведении пациента, которые длятся уже около месяца. Больной также считает, что его состояние не «настолько тяжелое», чтобы принимать лекарственные препараты: «скорее всего, я просто обленился». Помимо названные симптомов, пациент высказывает жалобы на периодические головные боли несколько раз в месяц «из-за погоды», снижение либидо (что его мало беспокоит), тахикардию и изменение качества сна («бывают кошмары»).
Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

27. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Пациент П., женщина, 47 лет, юрист. Была доставлена в приемное отделение психиатрической больницы. Семья пациентки высказывает свои переживания за изменения в поведении женщины в течение последних двух недель: муж сообщает, что пациентка стала «слишком говорлива и весела» после повышения на работе. Очень энергична, мало спит, но «все равно целый день на ногах, ни капли усталости». Пациентка много общается в социальных сетях с друзьями и высказывает мысли, что «хочется познакомиться с кем-то еще». Разговаривает с чужими людьми в очередях, в магазинах, на улице. Не может сконцентрироваться на работе, но уверена в себе и говорит, что «ее совсем скоро снова повысят». Муж пациентки так же отметил, что недавно она неожиданно «захотела поехать на море и даже купила билет». При объективном осмотре отмечаются усиленная жестикуляция и эмоциональность.
Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

28. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Пациентка Е. 59 лет обратилась к врачу-психиатру. Год назад овдовела – умер от рака любимый муж. С момента смерти стала с трудом справляться с домашними делами, чувствует себя одиноко. После похорон она отдалилась от друзей и соседей, привыкла делать всё совместно с мужем – воспитывать детей, проводить свободное время на культурных мероприятиях, ходить на ужин в кафе. Есть двое взрослых детей, но они живут в других городах, и пациентке не хочется их отрывать от дел. Продолжать жить как прежде без супруга пациентке тяжело – нет того интереса к жизни, удовольствия, как раньше. По шкале Бека набрала 26 баллов.
Схожие чувства испытывает не впервые. В 25 лет ей ставили депрессивный эпизод после смерти отца – она долго переживала боль утраты. Сейчас испытывает схожие ощущения, жизнь кажется бессмысленной и лишённой позитивных эмоций. Вот отрывок из разговора

врача с пациенткой.
Врач: Вы говорите, что всю последнюю неделю испытываете сильнейшую грусть. Расскажите, а какие мысли вас посещали в это время?
Пациентка: Я думала о том, что со смертью мужа и моя жизнь закончилась. Что мне теперь делать без него? Как он мог меня оставить одну? Эти мысли не давали мне покоя всё это время, да и сейчас посещают меня. Кажется, что ничего изменить уже нельзя, и эта грусть останется со мной навечно.
Врач: А чем вы занимаетесь в последнее время?
Пациентка: Чаще всего я нахожусь дома. Даже шторы не раздвигаю, хочется, чтобы свет оставался приглушённым. Смотрю передачи по телевизору — так меньше чувствую себя одинокой.
Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. Ваш диагноз?

29. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная М., 32 года.
Во время госпитализации в психиатрический стационар окружающую обстановку принимала за санаторий в Крыму, а больных – за отдыхающих друзей.
Известно, что в день госпитализации муж больной неожиданно вернулся домой и застал супругу с молодым человеком. В этот момент больная резко побледнела, встала с дивана, влезла на журнальный столик, дрожа и ежась, кутаясь в халат, сказала мужу: «Ну, что же ты стоишь! Разве не видишь, что я замерзла, дрожу. Подай мне скорее купальное полотенце и возьми ракетки. Больше не останемся на пляже, пойдем играть в теннис». На 2-й день муж справился о здоровье больной. На 3-й день пришел проведать свою жену, которая «сошла с ума от нервного потрясения» и этим искупила свою вину, принес ей фрукты и пирожное, просил ее есть. На 4-й день больная вышла из болезненного состояния и помнила, что вечером была дома, а потом вдруг очнулась в психиатрической больнице. Как она в нее попала, что с ней было и сколько времени она в ней пробыла, не помнила.
Вопрос:
Ваш диагноз?

30. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА
(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная М, 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, частые головные боли, повышенную отвлекаемость внимания, бессонницу.
Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. До 25 лет считает себя «практически здоровой». После окончания училища работала кассиром, продавцом. Характеризует себя как общительную и «ужасно мнительную». Замужем с 20-ти лет, имеет сына 12-ти лет. Отношения в семье характеризует как удовлетворительные. Примерно 8 лет назад неожиданно «стало плохо» - почувствовала

общую слабость, «дурноту», появились тревога, внутреннее беспокойство. Второй раз подобный эпизод произошел через год, во время поездки в поезде. Появились навязчивые опасения по поводу своего здоровья, боязнь повторного «приступа» и т.п.: лет назад без видимых причин, возникли головные боли распирающего характера, которые могут длится от нескольких часов до нескольких суток. Периодичности в их возникновении не отмечает. В промежутках между болями - «ощущение несвежести в голове». На этом фоне усилились навязчивые опасения, появился «страх смерти» - «лопнет какой-нибудь сосуд», периодически стали возникать состояния внутреннего беспокойства, тревоги, сопровождающихся одышкой, сердцебиением, слабостью. Стала бояться поездок в общественном транспорте, особенно в метро, а также оставаться одной. В последнее время к имеющейся симптоматике присоединились периодически возникающие головокружения, забывчивость, нарушения сна. Самостоятельно приняла решение о необходимости госпитализации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ведущий синдром?

31. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больная В., 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на неустойчивое, преимущественно сниженное настроение, наличие пароксизмально возникающего страха смерти, сопровождающегося неприятными ощущениями в области сердца и учащенным сердцебиением, головокружение, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывалась матерью, характеризует ее как строгую и в то же время «баловавшую ее». Мать с 30-летнего возраста беспокоят «какие-то страхи». С детства любила быть в центре внимания, в то же время считает себя мнительной. При отказе на ее просьбы – бурное психомоторное реагирование со слезами, киданием вещей и т.д. В школе была «драчунья», «делала пакости» учителям. В 15-летнем возрасте, в нетрезвом виде, была изнасилована. 11 лет назад вышла замуж, «по расчету». Отношения с мужем характеризует как «дружеские». Сексуальная жизнь с ним не удовлетворяет. Детей нет. Не работает. Около двух лет назад на фоне очередного скандала с мужем появились неприятные ощущения в области сердца, чувство нехватки воздуха, страх смерти. В дальнейшем подобные состояния стали повторяться, преимущественно при психоэмоциональном напряжении. Последние три года – страхи практически каждый день, чаще при поездках на транспорте. Постоянно употребляла феназепам (около 3 таблеток в сутки). Неоднократно обращалась за мед. помощью. Дважды проходила лечение в НМИЦ (НИПНИ) им. В.М. Бехтерева, без значительного улучшения.

Психический статус: без психоза и грубых интеллектуально-мнестических расстройств. Рассеяна, заторможена, что связывала с предшествующей медикаментозной терапией. Настроение неустойчивое, преимущественно сниженное. В своих жалобах демонстративна, ищет сочувствия. Претенциозна. Считает «виноватым» «свой дурацкий характер». Фиксирована на ухудшении своего состояния. Суждения аффективные, непродуманные, незрелые. Поведение упорядоченное, к своему состоянию формально критична.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ведущий синдром?
3. Особенности личности?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 2

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые компетенции - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Организация наркологической помощи в РФ.
2. Основные мероприятия по профилактике аддиктивных расстройств среди населения.
3. Основные наркологические синдромы (психической, физической зависимости, измененной реактивности).
4. Классификация психофармакологических средств, их применение в практике врача.
5. Основные направления психотерапии.
6. Неотложная помощь при психомоторном возбуждении.
7. Неотложная помощь при попытке или угрозе суицида.
8. Неотложная помощь при делирии.
9. Неотложная помощь при сумеречном помрачении сознания.
10. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, лечение.
11. Алкогольные психозы: классификация, клинические разновидности, лечение.
12. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических средств и психоактивных веществ. Клинические проявления. Принципы лечение.
13. Клиническая фармакология нормотимиков.
14. Клиническая фармакология нейролептиков.
15. Клиническая фармакология антидепрессантов.
16. Основные направления психотерапии. Показания и «абсолютные» противопоказания для проведения психотерапии
17. Современные методы психотерапии синдрома зависимости от алкоголя.
18. Основные наркологические синдромы (психической, физической зависимости, измененной реактивности).
19. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, лечение.
20. Алкогольные психозы: классификация, клинические разновидности, лечение.
21. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов. Клинические проявления. Принципы лечение.
22. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Клинические проявления. Принципы лечение.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

1. На какой стадии алкоголизма отмечается снижение толерантности?

a. на I стадии
b. на II стадии
c. на III стадии

2. Для каких стадий алкоголизма характерно развитие алкогольных психозов?

a. Для всех стадий алкоголизма
b. Для II и III стадии
c. Только для III стадии

3. Какое течение характерно для алкогольного делирия?

a. Только острое, продолжительностью до 10 суток
b. Острое и затяжное, продолжительностью до двух месяцев

c. Может принимать хроническую форму, сохраняя типичные проявления свыше шести месяцев

4. Первичное патологическое влечение к алкоголю это:
a. Физическая потребность в употреблении алкоголя
b. Утрата количественного контроля при употреблении спиртных напитков
c. Стремление к употреблению алкоголя, не связанное с присутствием алкоголя или его метаболитов в организме
d. Утрата ситуационного контроля при употреблении спиртных напитков

5. Основным признаком II стадии алкоголизма является:
a. Алкогольный абстинентный синдром
b. Утрата количественного контроля
c. Изменение толерантности к алкоголю
d. Алкогольная деградация
e. Изменение картины опьянения

6. Какое клиническое проявление из числа перечисленных ниже не встречается в III стадии алкоголизма:
a. Рост толерантности к алкоголю
b. Утрата количественного контроля
c. Алкогольный абстинентный синдром
d. Алкогольная деградация личности

7. Основным видом обманов восприятия при алкогольном делирии являются:
a. Иллюзорные расстройства
b. Слуховые галлюцинации
c. Слуховые псевдогаллюцинации
d. Зрительные галлюцинации
e. Зрительные псевдогаллюцинации

8. У больного с первичным патологическим влечением к алкоголю, ростом толерантности к спиртным напиткам и утратой количественного контроля периодически бывают выпивки по 2-3 дня подряд. После таких эпизодов он ощущает головную боль, испытывает тошноту, сопровождающуюся вегетативными нарушениями. Это:
a. Бытовое злоупотребление алкоголем
b. Первая стадия алкоголизма
c. Вторая стадия алкоголизма
d. Третья стадия алкоголизма

9. Больного алкоголизмом с выраженной деградацией личности подозрительные люди могут, как утверждают родственники, вынудить продать за бесценок свою квартиру. Какой законодательный акт позволит защитить интересы пациента путем ограничения дееспособности?
a. Ст. 22 УК РФ.
b. Ст. 81 УК РФ
c. Ст. 99 УК РФ
d. Ст. 30 ГК РФ
e. Ст. 177 ГК РФ

10. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и

выраженные явления полиневрита. больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведение. Это:
a. Алкогольный делирий
b. Алкогольный галлюциноз
c. Острая энцефалопатия Гайе-Вернике
d. Корсаковский психоз
e. Алкогольный псевдопаралич

11. У больного с III стадией алкоголизма вы обнаружили при обследовании после прекращения употребления алкоголя: фиксационную амнезию, отдельные конфабуляции и выраженные явления полиневрита. больной сохраняет частичную ориентировку и внешне упорядоченное поведения. Какова основная помощь?
a. Применение производных фенотиазина
b. Применение пирогенных препаратов
c. Применение рефлексотерапии
d. Применение больших доз витаминов группы В
e. Применение сенсибилизирующих к алкоголю средств

12. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся:
a. изменения в эмоциональной сфере
b. функциональных изменений моторики
c. изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего
d. запаха алкоголя изо рта
e. миоза

13. Легкая степень простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:
a. ощущения психического и физического комфорта
b. повышения речедвигательной активности
c. легкого нарушения координации движений
d. замедления ассоциативного процесса
e. появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи лица, учащения пульса, повышения аппетита

14. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. функциональных нарушений моторики
b. замедления и затруднения ассоциативного процесса
c. дизартричности речи
d. непроизвольного мочеиспускания
e. однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости

15. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме:
a. мозжечковой атаксии
b. мышечной атонии, амимии
c. вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты
d. гиперемии
e. снижения тонуса сердечно-сосудистой системы

16. Для коматозного опьянения характерно все перечисленное, кроме:

a. нарушения сознания
b. понижения температуры тела, цианоза
c. повышения тонуса сердечно-сосудистой системы
d. резкого снижения мышечного тонуса
e. урежения и ослабления дыхания (иногда типа Чейн-Стокса)

17. Для умеренно выраженного изменения простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. сокращения периода эйфории
b. полного отсутствия эйфоризирующего действия алкоголя
c. однообразного бахвальства и вспышек раздражения
d. нарастания или стойкого повышения толерантности
e. появления палимпсестов

18. Для резко выраженных изменений картины простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. практически полного отсутствия эйфории
b. наличия выраженной вязкости аффекта со злобой, придирчивостью
c. появления тотальных амнезий
d. несоответствия клиники опьянения концентрации алкоголя в крови
e. расстройства сознания по типу сумеречного

19. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме:
a. состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, угрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой
b. пониженно-тоскливого аффекта
c. придирчивости с агрессивностью
d. суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями
e. ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии

20. Для истерического варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме:
a. театральности поведения с примитивностью моторных реакций (заламывание рук и т.д.)
b. суицидного шантажа
c. подозрительности к окружающим
d. поведения с элементами пуэрилизма или псевдодеменции

21. Для депрессивного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные признаки, кроме:
a. преобладания подавленного настроения различной выраженности и оттенков
b. появления идей самоуничижения
c. склонности к суицидальным попыткам
d. тоскливо-злобного настроения
e. отсутствия моторной заторможенности

22. Для патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода
b. импульсивности и целенаправленности характера разрушительных, нередко криминальных действий
c. сумеречного состояния сознания
d. кризисного разрешения глубоким сном с последующей амнезией и астенией

e. высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения

23. Для эпилептоидной формы патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме:
a. интенсивного двигательного возбуждения, обычно в форме бессмысленных и хаотических агрессивных действий
b. двигательных стереотипий
c. преобладания аффекта, исступленной злобы и ярости
d. скудной речевой продукции
e. зависимости поведения опьяневшего от окружающей ситуации

24. Среди критериев, используемых при классификации алкоголизма, можно выделить все перечисленные, кроме:
a. клинико-динамических
b. социальных
c. психологических
d. синдромальных
e. экономических

25. Отечественные исследователи при классификации алкоголизма используют преимущественно критерии:
a. социальные
b. клинико-динамические
c. психологические
d. физиологические

26. Степень прогредиентности алкоголизма – самый надежный критерий для разделения заболевания на различные варианты течения – зависит от всего перечисленного, кроме:
a. возраста начала злоупотребления алкоголем и вида употребляемых напитков
b. пола индивидуума
c. преморбидных личностных особенностей
d. перенесенных в прошлом или сопутствующих соматических заболеваний
e. уровня образования индивидуума

27. Высокий темп прогредиентности алкоголизма определяется всем перечисленным, кроме:
a. начала злоупотребления алкоголем в подростковом возрасте
b. перенесенной ранее желтухой
c. изначального употребления крепких спиртных напитков и суррогатов
d. преобладания в структуре характера черт неустойчивости, незрелости
e. нарушения жирового обмена

28. Средний темп прогредиентности алкоголизма чаще всего встречается у лиц:
a. начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте 25-30 лет
b. с преобладанием синтонных черт характера
c. до начала злоупотребления алкоголем физически практически здоровых
d. с соматическими заболеваниями

29. Низкий темп прогредиентности алкоголизма характерен для больных:
a. начавших злоупотреблять алкоголем в возрасте после 40-45 лет
b. с преобладанием черт стеничности в преморбиде
c. с позитивными социальными установками

d. с соматическими заболеваниями

30. Понятие «патологическое влечение к алкоголю» соответствует:
a. активному стремлению больных алкоголизмом к употреблению спиртного вне интоксикации, которое в большинстве случаев носит неосознанный характер
b. неспособности больных прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
c. неодолимому стремлению продолжить выпивку после определенной дозы
d. стремлению к употреблению алкоголя на фоне физических, неврологических или психических расстройств после абузуса

31. В основе сформировавшегося патологического влечения к алкоголю преобладают:
a. социальные факторы
b. психологические факторы
c. биологические факторы
d. уровень культуры

32. Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:
a. активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации
b. неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации
c. неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы
d. стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абузуса

33. Структура патологического влечения к алкоголю включает в себя все компоненты, кроме:
a. эмоционально-аффективного
b. сомато-вегетативного
c. поведенческого
d. идеаторного
e. неврологического

34. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме:
a. изменения суждений больного
b. направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер
c. доминирующего характера поведения
d. формирования жизненных позиций под влиянием влечения
e. сохранения критики к своему состоянию и окружающему

35. При повышении интенсивности влечения к алкоголю (острота состояния) соотношение клинических проявлений его структуры меняется в сторону преобладания расстройств:
a. идеаторных
b. аффективных
c. поведенческих
d. сенсорных

36. При снижении интенсивности влечения к алкоголю соотношение клинических проявлений его структуры меняется в сторону расстройств:
a. идеаторных

b. аффективных
c. поведенчески-волевых
d. сенсорных

37. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, исключая:
a. общее недомогание, слабость, появление разнообразных болевых ощущений
b. изменение аппетита, ощущение жажды
c. потливость
d. оживление мимики при упоминании алкоголя
e. уменьшение частоты курения

38. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме:
a. общего беспокойства, повышенной истощаемости
b. нарушения сна с алкогольной тематикой сновидений
c. неустойчивости настроения
d. напряженности, затруднений при попытке расслабиться
e. переключения интересов на занятия типа «хобби»

39. Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме:
a. появления на начальных стадиях заболевания
b. связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)
c. оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя
d. невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм

40. Клинические признаки спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов характеризуются:
a. сомнениями в собственных силах и возможности «устоять» перед соблазном выпить
b. страхом перед приближающимся «срывом»
c. попытками чем-либо отвлечься
d. подавленностью, тревогой

41. Актуализация спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характеризуется:
a. эмоциональной напряженностью
b. оппозиционностью и враждебностью к попыткам окружающих заставить больного отказаться от алкоголя
c. защитой «права» пить
d. вегетативными и мимическими реакциями при разговоре об алкоголе

42. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме:
a. спонтанного возникновения
b. реализации вслед за возникновением
c. появления преимущественно у больных синтонными характерологическими чертами в преморбиде
d. интенсивности, подобной голоду или жажде

e. формирования во II-III и III стадии заболевания

43. Симптомы патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения (так называемое «вторичное влечение») характеризует:
a. неспособность больного алкоголизмом ограничиться количеством спиртных напитков
b. активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (например, в ремиссии)
c. возможность прекратить употребление алкоголя в связи с различными препятствиями
d. способность прекратить употребление алкоголя в пределах алкогольного эксцесса после приема «критической» дозы

44. Понятие «измененная толерантность к алкоголю» при алкоголизме характеризуется всеми перечисленными утверждениями, кроме:
a. необходимости повышения дозы для достижения того же самого эффекта опьянения
b. изменения переносимости алкоголя соответственно динамике (переходу в следующую стадию) заболевания
c. изменения переносимости алкоголя в период соматического или психического заболевания, переутомления
d. изменения переносимости алкоголя при эмоциональном напряжении, в ситуациях, когда больные не хотят выглядеть «опьяневшими»

45. Толерантность к алкоголю зависит:
a. от количества и качества употребляемой в период эксцесса пищи
b. от известной «тренировки» в употреблении алкоголя
c. от возраста и степени душевного напряжения, эмоционального состояния индивидуума
d. от ритма употребления алкоголя

46. Симптом нарастающей толерантности характеризуется всем перечисленным, исключая:
a. переход на употребление более крепких напитков
b. ощущение прежнего эффекта опьянения от дозы, превышающей изначальную в 2-3 раза
c. проявление в III стадии алкоголизма
d. появление средних и тяжелых степеней состояния опьянения

47. Для симптома «плато» толерантности характерно все перечисленное, кроме:
a. употребления стабильно установленной дозы алкоголя
b. развития состояния опьянения от приема только больших доз
c. переносимости максимальных доз на протяжении отрезка времени той или иной длительности
d. возникновения на этапе I-II стадии болезни
e. употребления максимальных для данного больного доз алкоголя как одномоментно, так и на протяжении суток

48. Понятие «перекрестная толерантность» характеризует:
a. способность больных алкоголизмом переносить все виды алкогольсодержащих напитков
b. переносимость минимальных разовых доз при сохранении высокой суточной
c. способность переносить повышенные дозы эфира, хлороформа и ряда других веществ, способных вызвать зависимость
d. употребление стабильно установившейся дозы алкоголя

49. Для псевдозапоев характерно все перечисленное, кроме:
a. периодов ежедневного употребления алкоголя от 2-3 до 7-12 дней

b. связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами
c. сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя
d. сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени
e. отчетливого изменения психического и физического состояния за несколько дней до псевдозапоя

50. Для постоянной формы пьянства с высокой толерантностью характерно все перечисленное, исключая:
a. ежедневное употребление алкоголя в течение недель и месяцев
b. увеличение изначальной дозы в 3-6 раз, употребление крепких спиртных напитков
c. время появления – II стадия алкоголизма
d. вынужденные перерывы между абузусами и зависимость их от внешних обстоятельств
e. наличие тяжелых форм алкогольного абстинентного синдрома

51. Для перемежающейся формы пьянства характерно все перечисленное, кроме:
a. постоянного пьянства с употреблением небольших доз, на фоне которого возникают периоды интенсивного злоупотребления алкоголем
b. возможности эпизодов преходящего снижения толерантности
c. преобладания первичного патологического влечения над его вторичными формами
d. появления на начальных этапах заболевания

52. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме:
a. цикличности возникновения
b. спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
c. интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
d. появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя
e. появления на этапе II стадии болезни

53. Для постоянной формы пьянства с низкой толерантностью характерно все перечисленное, кроме:
a. употребления алкоголя дробными дозами в течение суток (включая и ночное время)
b. перехода на более слабые спиртные напитки
c. появления на этапе III стадии алкоголизма
d. преобладания депрессивного фона настроения
e. практически постоянного пребывания больных в состоянии неглубокого опьянения

54. Изменения личности при алкоголизме обусловлены:
a. токсическим действием алкоголя и его метаболитов
b. преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
c. психореактивными моментами

55. К препаратам из группы опиума относятся следующие вещества:
a. Метадон
b. Фенциклидин
c. Кодеин
d. Героин
e. Псилоцибин
f. Эфедрон
g. Промедол
h. ЛСД

56. К препаратам из группы психостимуляторов относятся следующие вещества:

a. Метадон
b. Фенциклидин
c. Кодеин
d. Героин
e. Псилоцибин
f. Эфедрон
g. Фенамин
h. ЛСД

57. Клонидин относится к:
a. Опиатам
b. а-Адреномиметикам
c. Антагонистам опиатов
d. Антагонистам опийных рецепторов

58. Налтрексон применяется:
a. Внутрь в таблетках
b. Внутрь в сиропе
c. Внутримышечно
d. Внутривенно
e. Путем имплантации в мышечные ткани

59. У больного, которого вы подозреваете в приеме наркотических средств, в области локтевого сгиба обнаруживаются следы от внутривенных инъекций. какими веществами он, по-видимому, злоупотреблял:
a. Гашишем
b. Опиатами
c. Барбитуратами
d. Стимуляторами
e. Галлюциногенами

60. Токсикомании холинолитиками не сопровождаются:
a. Компульсивным влечением
b. Стойкой вегетативной дисфункцией
c. Ростом толерантности
d. Абстинентным синдромом

61. Заболевание, вызванное одновременным злоупотреблением двумя или более ПАВ, не отнесенными к наркотикам, обозначается как:
a. Наркомания
b. Токсикомания
c. Политоксикомания

62. Сыпь «токсикомана» характеризуется:
a. Воспалительным процессом кожи в проекции крупных суставов
b. Эритематозными высыпаниями кожи вокруг рта и слизистых, сухостью кожи
c. Наличием язв в области конъюнктив
d. Изъязвлением по ходу кровеносных сосудов

63. В клинической картине абстинентного синдрома при токсикомании ингалянтами наблюдается отсутствие:
a. Раздражительности

b. Мышечного тремора
c. Гиперсаливации
d. Нарушения сердечного ритма

64. После приема рекреационной дозы любого из классических галлюциногенов наблюдается:
a. Пульсация зрачков
b. Сужение зрачков
c. Анизокория
d. Расширение зрачков

65. Трифлуоперазин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Нейролептиков

66. Хлорпромазин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нейролептиков
e. Нормотимиков
f. Ноотропов

67. Галоперидол относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Транквилизаторов
c. Антидепрессантов
d. Психостимуляторов
e. Нормотимиков
f. Ноотропов

68. Сертралин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Антидепрессантов

69. Миртазапин относится к классу:
a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Антидепрессантов
f. Ноотропов

70. Мезокарб относится к классу:

a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

71. Пирацетам относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

72. Лития карбонат относится к классу:
a. Нейролептиков
b. Антидепрессантов
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Ноотропов
f. Транквилизаторов

73. Какие из перечисленных препаратов являются нейролептиками?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Оланзапин
f. Пирацетам
g. Хлорпромазин
h. Сертралин

74. Какие из перечисленных препаратов являются антидепрессантами?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокраб
e. Оланзапин
f. Пирацетам
g. Хлорпромазин
h. Сертралин

75. Какие из перечисленных препаратов являются транквилизаторами?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Оланзапин
e. Пирацетам
f. Хлорпромазин
g. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
h. Тофизопам

76. Какие из перечисленных препаратов являются ноотропами?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Оланзапин
f. Пирацетам
g. Сертралин
h. Аминофенилмасляная кислота

77. Какой из перечисленных препаратов относится к классу психостимуляторов?
a. Диазепам
b. Амитриптилин
c. Галоперидол
d. Мезокарб
e. Оланзапин
f. Пирацетам
g. Сертралин
h. Аминофенилмасляная кислота

78. Нейролептики являются препаратами выбора в лечении:
a. Депрессии
b. Невротического расстройства
c. Расстройства личности
d. Шизофрении
e. Интоксикационного делирия

79. Основным показанием для назначения амитриптилина является:
a. Депрессия
b. Алкоголизм
c. Расстройства личности
d. Шизофрения
e. Интоксикационный делирий
f. Болезнь Альцгеймера

80. Основным показанием для назначения транквилизаторов является:
a. Депрессия
b. Шизофрения
c. Тревожные расстройства
d. Синдром психического автоматизма
e. Первичный систематизированный бред

81. Какой класс препаратов требует исключения из диеты больного копченостей, сыра и творога, а также не комбинируется с другими психотропными средствами?
a. Антидепрессанты – ингибиторы обратного захвата серотонина
b. Антидепрессанты – необратимые ингибиторы моноаминооксидазы (иМАО)
c. Ноотропы с ГАМК-ергическими свойствами
d. Нейролептики бутерофенонового ряда
e. Соли лития

82. Назначение какого класса препаратов связано с риском формирования зависимости?

a. Транквилизаторов
b. Нейролептиков
c. Психостимуляторов
d. Нормотимиков
e. Антидепрессантов
f. Ноотропов

83. Все следующие утверждения по поводу электросудорожной терапии верны, кроме:
a. Основным показанием для этого вида лечения является депрессия
b. Она может быть эффективной в лечении больных с маниакальным возбуждением
c. Она получила широкое распространение в комплексной терапии обсессивно-фобического невроза
d. Она может вызвать нарушения памяти

84. Методы экстракорпоральной детоксикации в лечении психически больных наиболее часто применяются с целью:
a. Профилактики развития фаз при маниакально-депрессивном синдроме
b. Преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам
c. Уменьшения выраженности тревожных расстройств
d. Коррекции побочных эффектов лекарственных средств

85. Какие из перечисленных психотропных препаратов чаще всего вызывают экстрапирамидные расстройства?
a. Алимемазин
b. Хлорпротиксен
c. Галоперидол
d. Тофизопам
e. Диазепам

86. К производным фенотиазина относятся:
a. Галоперидол
b. Резерпин
c. Диазепам
d. Хлорпромазин

87. К ингибиторам моноаминооксидазы (иМАО) относятся:
a. Пирлиндол
b. Амитриптилин
c. Диазепам
d. Пимозид
e. Флуоксетин
f. Тразодон
g. Миртазапин

88. К производным бутирофенона относятся:
a. Галоперидол
b. Резерпин
c. Диазепам
d. Хлорпромазин

89. К трициклическим антидепрессантам относятся:
a. Сертралин

b. Амитриптилин
c. Кломипрамин
d. Пипофезин
e. Флуоксетин
f. Тразодон
g. Миртазапин

90. К производным бензодиазепина относятся следующие препараты, исключая:
a. Диазепам
b. Тофизопам
c. Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
d. Ниаламид

91. К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) относятся:
a. Сертралин
b. Амитриптилин
c. Кломипрамин
d. Пипофезин
e. Флуоксетин
f. Тразодон
g. Миртазапин

92. К гетероциклическим антидепрессантам относятся:
a. Сертралин
b. Амитриптилин
c. Кломипрамин
d. Пипофезин
e. Флуоксетин
f. Тразодон
g. Миртазапин

93. Антидотом при отравлении героином вследствие передозировки является:
a. Аминостигмин
b. Налоксон
c. Эзерин
d. Атропин

94. При лечении больных алкоголизмом используются антидепрессанты:
a. с седативным эффектом
b. со стимулирующим эффектом
c. обладающие стабилизирующим действием

95. При лечении больных алкоголизмом показаниями для назначения транквилизаторов являются:
a. неврозоподобные и психопатоподобные расстройства
b. аффектные нарушения
c. актуализация патологического влечения к алкоголю

96. При лечении алкогольного абстинентного синдрома чаще используются нейролептики:
a. с преобладанием антипсихического эффекта
b. с преобладанием седативного эффекта

c. с преобладанием стимулирующего средства

97. К принципам антиалкогольной терапии относятся:
a. непрерывность и длительность
b. комплексность
c. максимальная индивидуальность
d. этапность и преемственность

98. В спектр психотропного действия нейролептиков входят эффекты:
a. седативный
b. снотворный
c. подавляющий влечение
d. противосудорожный;
e. тимонормализующий.

99. Для купирования состояния отмены (алкогольного абстинентного синдрома) обычно используются:
a. витаминные препараты;
b. транквилизаторы;
c. антидепрессанты;
d. трихопол, фуразолидон.

100. Какие из перечисленных препаратов относятся к блокаторам опиатных рецепторов?
a. Налоксон
b. Налтрексон
c. Налмефен

101. Антагонисты опийных рецепторов применяют при лечении:
a. Зависимости от препаратов каннабиса
b. Опийной и алкогольной зависимости
c. Зависимости от психостимуляторов
d. Солевой зависимости

102. Основной группой препаратов, использующихся для лечения алкогольного бреда ревности, являются:
a. Антидепрессанты
b. Антипсихотики
c. Ноотропы
d. Транквилизаторы

103. К показаниям для назначения антидепрессантов в терапии синдрома зависимости от алкоголя относят:
a. Психопатоподобные расстройства при актуализации синдрома патологического влечения
b. Эмоциональную лабильность при актуализации синдрома патологического влечения
c. Профилактику обострений патологического влечения к алкоголю
d. Аффективные расстройства при актуализации синдрома патологического влечения

104. В настоящее время препаратами выбора, способствующими снижению влечения к кокаину или другому психостимулятору считают:
a. Нормотимики
b. Антиписхотики

c. Транквилизаторы
d. Антидепрессанты

105. Наиболее предпочтительными антидепрессантами для применения у пациентов с алкогольной зависимостью являются:
a. Трициклические антидепрессанты
b. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
c. Серотонинергические антидепрессанты (миртазапин, миансерин, тразодон)
d. Ингибиторы МАО

106. Антидотом при отравлении героином вследствие передозировки является:
a. Аминостигмин
b. Налоксон
c. Эзерин
d. Атропин

107. Антидотом при отравлении холинолитическими средствами (тригексифенидилл, димедрол, беладонна и др.) является:
a. Атропин
b. Аминостигмин
c. Налоксон
d. Галантамин

108. Острая интоксикация при передозировке героином имеет следующие клинические проявления:
a. Умеренная тахикардия, артериальная гипертензия, мидриаз, повышенное потоотделение, тахипноэ, психомоторное возбуждение, спутанность
b. Брадикардия, артериальная гипотензия, миоз, сухость кожных покровов, брадипноэ, сопор или кома
c. Выраженная тахикардия, умеренная артериальная гипертензия, мидриаз, сухость кожных покровов, нормальное или умеренно учащенное дыхание, делирий, сменяющийся сильным оглушением или сопором

109. По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней наблюдается:
a. адинамическая астения, нарушение сна
b. анорексия
c. повышенная потливость
d. тремор конечностей

110. Общая тактика терапии при синдроме отмены психостимуляторов заключается в:
a. назначении инфузионной терапии
b. проведении симптоматического лечения
c. назначении заместительной терапии
d. назначении специфической терапии (антидотов)

111. Максимальная суточная доза диазепама при купировании психомоторного возбуждения составляет (в мг):
a. 20
b. 80
c. 60
d. 40

112. Все приведенные препараты могут использоваться при лечении тех или иных компонентов синдрома отмены, за исключением:
a. тиамин
b. бензодиазепины
c. кофеин
d. глюкоза
e. нейролептики

113. Неотложная помощь при передозировке опиоидов включает внутривенное введение 0,8 мг:
a. Лорноксикама
b. Налоксона
c. Налтрексона
d. Амититриптилина

114. Для лечения острой алкогольной интоксикации не применяются:
a. Нейролептики
b. Аминокислоты
c. Ноотропы
d. Нейраметаболический препараты

115. Препаратами первой линии выбора при купировании галлюцинаторных расстройств при острой интоксикации галлюциногенами являются:
a. Амитриптилин
b. Налоксон
c. Транквилизаторы (диазепам)
d. Флумазенил

116. Клонидин (стимулятор постсинаптических алфа-адренорецепторов) используется в терапии:
a. Опийного абстиненстного синдрома
b. Опийной интоксикации
c. Передозировки опиоидами
d. Рецедива опиоидной зависимости

117. Специфическим антидотом для лечения острой интоксикации бензодиазепинами является:
a. Налоксон
b. Бемегрид
c. Кордиамин
d. Флюмазенил

118. Для купирования психомоторного возбуждения, вызванного употреблением ПАВ назначают:
a. Фенибут
b. Комбинацию амитриптилина и ноотропов
c. Комбинацию диазепама и галоперидола
d. ЭСТ

119. Гипнотерапия показана в случае:
a. Чрезвычайно активного желания пациента лечиться только данным методом

b. Высокой внушаемости пациента
c. Расстройств поведения в детском возрасте
d. При выраженных интеллектуальных нарушениях

120. Противопоказаниями при проведении гипнотерапии являются:
a. Диагноз шизофрения
b. Преклонный возраст
c. Детский возраст
d. Неверие в данный метод со стороны больного

121. Теоретическими положениями прогрессирующей релаксации Джекобсона являются:
a. Положение о церебронейромускулярном круге
b. Положение о том, что многократное сознательное повторение привычного болезненного действия избавляет от него
c. В сновидениях происходит серьезное отреагирование переживаний
d. Отреагирование серьезно помогает, если эмоциональное воспроизведение прошлого сочетается с участием со стороны врача
e. Положение о десенситизации

122. Понятие «психотерапия» включает в себя:
a. Психическое воздействие в бодрствующем состоянии
b. Психическое воздействие в гипнозе
c. Воздействие средой

123. К основным видам частной психотерапии относятся:
a. Рациональная психотерапия
b. Гипносуггестивная психотерапия
c. Аутогенная тренировка
d. Наркопсихотерапия

124. Применение внушения в психотерапии полезно:
a. При конверсионных расстройствах
b. У детей
c. У лиц с низким интеллектом

125. Основные задачи, решаемые в процессе групповой психотерапии, – это:
a. Отработка элементов коммуникативной деятельности
b. Тренировка нарушенных функций
c. Переоценка иерархии значимых ценностей

126. Групповая психотерапия противопоказана всем перечисленным больным, кроме больных:
a. С пароксизмальными состояниями различного генеза (истерические, эпилептические, диэнцефальные)
b. Малопрогредиентной шизофренией
c. С гиперкинезами и тиками
d. С конверсионными и диссоциативными нарушениями (астазия-абазия, параличи, парезы)

127. Показаниями к проведению наркопсихотерапии являются:
a. Пониженная внушаемость и гипнабильность
b. Недостаточная контактность
c. Отсутствие эффекта после проведения других психотерапевтических мероприятий

128. К противопоказаниям к применению наркопсихотерапии относится все перечисленное, кроме:
a. Острого гепатита
b. Невротических расстройств в сочетании с нейроэндокринными расстройствами
c. Цирроза печени
d. Кахексии

129. Методическими приемами, используемыми в коллективной психотерапии алкоголизма, являются все перечисленные, кроме:
a. Косвенного внушения
b. Опосредованной психотерапии
c. Метода психотерапевтического зеркала
d. Функциональной тренировки

130. С помощью внушения в гипнозе можно вызвать у больного алкоголизмом все перечисленное, кроме:
a. Реакции отвращения к органолептическим свойствам спиртных напитков
b. Подавления первичного патологического влечения к алкоголю
c. Утраты вторичного патологического влечения к алкоголю
d. Устранения симптомов утраты количественного контроля

131. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет реализовать все перечисленное, кроме:
a. Притупления первичного патологического влечения к алкоголю
b. Устранения вторичного патологического влечения к алкоголю
c. Уменьшения эмоционального напряжения
d. Мобилизации волевых ресурсов

132. Семейная психотерапия является средством психопрофилактики:
a. Органического заболевания головного мозга
b. Расстройства личности
c. Аддиктивного поведения
d. Эпилепсии
e. Шизофрении

133. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при пограничных психических расстройствах используется в двух вариантах:
a. В форме гипносуггестивной и экзистенциальной психотерапии
b. В форме индивидуальной и групповой психотерапии
c. В форме арт-терапии и гипнотерапии
d. В форме трансактного анализа и арттерапии
e. В форме холотропного дыхания и арттерапии

134. Чего хотят пациенты во время психотерапии?
a. Человечность
b. Компетентность/правильность.
c. Вовлечение пациентов в принятие решений.
d. Время для ухода и лечения.

135. К патогенетическим факторам формирования алкоголизма относят:
a. нарушение обмена катехоламинов и серотонина

b. изменение функций эндогенной опиатной системы
c. преморбидную структуру характера индивидуума
d. стрессовые ситуации

136. Фактор наследственной отягощенности обусловливает следующие проявления:
a. клинические особенности
b. степень прогредиентности
c. преморбидные характерологические черты
d. возраст начала заболевания

137. Среди социальных факторов, имеющих отношение к развитию алкоголизма, выделяют:
a. алкогольную политику государства
b. обычаи ближайшего окружения
c. социальное положение индивидуума и его экономическую обеспеченность
d. этническую и религиозную принадлежность индивидуума

138. Среди психологических предпосылок алкоголизма первостепенное значение имеют личностные особенности индивидуума:
a. способность адаптироваться в окружающей обстановке
b. умение противостоять стрессорным воздействиям
c. способность разрешать конфликты
d. возможность переносить эмоциональное напряжение

139. К физиологическим (индивидуально-биологическим, биохимическим) факторам, обусловливающим различия реакции на алкоголь, относятся:
a. состояние системы эндогенный этанол - ацетальдегид
b. наследственная недостаточность тиаминового обмена и обмена аминокислот
c. реакция катехоламиновой системы на одну и ту же дозу алкоголя
состояние опиатной системы

140. При формировании алкоголизма ведущую роль играет нарушение обмена витаминов:
a. C
b. группы B
c. PP
d. E

141. Нарушения обменных процессов при формировании алкоголизма характеризуется:
a. сдвигами в азотистом обмене
b. нарушениями белкового обмена
c. нарушениями нормального пути окисления глюкозы
d. нарушениями липидного обмена

142. При формировании алкоголизма изменения иммунной системы характеризуются:
a. угнетением показателей естественного иммунитета
b. образованием специфических аутоантигенов, стимулирующих выработку аутоантител
c. образованием антител в ответ на реакции в собственном мозге
d. активизацией гуморального иммунитета

143. Участие гормональных систем в патогенезе алкоголизма подтверждается появлением у больных:
a. гипогонадизма

b. импотенции
c. бесплодия
d. повышения либидо

144. О роли эйфории в развитии наркомании свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая:
a. применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психическую сферу
b. увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
c. введение наркотика наиболее эффективным путем
d. немедикаментозные способы усиления действия наркотика
e. применение нейролептиков для усиления действия наркотика

145. В формировании зависимости решающее значение имеют следующие психофармакологические эффекты, свойственные наркотикам:
a. подъем эмоционального фона (покой, блаженство, радость)
b. благоприятный сдвиг в физическом самочувствии (соматическое наслаждение)
c. благоприятный сдвиг в психическом самочувствии (интеллектуальное «просветление», «подъем»)
d. ощущение общего подъема жизнедеятельности, изменение восприятий в сторону экстремально положительного для субъекта значения

146. В отличие от ряда анальгетиков, оказывающих диффузное изменение функций мембран, опиаты:
a. избирательно влияют лишь на определенные рецепторные мембраны
b. специфически локализуются в различных областях мозга

147. Опиатные рецепторы характеризуются:
a. присутствием только в нервной ткани
b. локализацией только вблизи путей, проводящих болевые ощущения
c. существованием нескольких типов (субстратная специфичность)
d. специфичностью для восприятия определенного вида медиаторов в мозге

148. Опиатные рецепторы являются преимущественно рецепторами:
a. энкефалина
b. алкоголя
c. ГАМК
d. ацетилхолиновыми

149. Холинергические механизмы в реализации действия наркотиков осуществляются в связи с их способностью:
a. тормозить активность холинэстеразы и повышать концентрацию мозгового ацетилхолина
b. высвобождать гистамин, в результате чего увеличивается выделение адреналина с мочой и высвобождение катехоламинов из надпочечников и симпатических нервов (периферический эффект)
c. воздействия на ГАМК-рецепторы
d. воздействовать на норадренегрические рецепторы

150. Адренергические механизмы в реализации действия наркотиков осуществляются опосредованно:
a. гистамином
b. гормонами гипофиза

c. через кровоток
d. посредством прямой нервной стимуляции

151. В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат:
a. изменения синтеза и метаболизма белков и биогенных аминов в ЦНС
b. нарушения структуры наркотических рецепторов мозга
c. нарушение транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
d. нарушения метаболизма норадреналина, дофамина и серотонина

152. В основе синдрома психической зависимости от наркотика лежит нарушение обмена норадреналина, приводящее:
a. к эмоциональному дискомфорту
b. к психическому дискомфорту
c. к падению общего тонуса
d. к снижению работоспособности

153. В основе соматических, неврологических и психических нарушений при хронической интоксикации наркотиками лежат:
a. нарушения функций ферментов
b. нарушения в системе нейромедиаторов
c. токсические эффекты
d. нарушения обмена кальция

154. Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются:
a. удовлетворение любопытства
b. желание отвлечься от будничных трудностей
c. необходимость признания «своим» в микрогруппе
d. желание испытать новые ощущения

155. Среди этиологических факторов развития наркоманий различают все перечисленные, кроме:
a. социальных
b. биологических
c. психологических
d. генетических
e. медицинских

156. Основной причиной (причиной первого порядка) развития наркомании являются:
a. неправильное воспитание в семье
b. специфические человеческие личностные свойства индивидуума
c. социальные условия

157. Чаще всего наркомания формируется у лиц:
a. с дефектами воспитания
b. с личностными девиациями
c. с нарушениями социальной адаптации

158. Несмотря на полиморфизм личностных особенностей, больных наркоманией объединяют сходные особенности все перечисленных сфер, кроме:
a. соматической
b. эмоциональной

c. волевой
d. поведенческой

159. Преморбид больных наркоманией характеризуется всем перечисленным, кроме:
a. возбудимости
b. чувства несвободы
c. невозможности действовать и проявлять свою эмоциональность непосредственно
d. сформированности индивидуальных интересов
e. непоследовательности и лабильности

160. Для наркоманов закономерны личностные особенности, касающиеся всего перечисленного, кроме:
a. темперамента, аффективности
b. уровня развития личности
c. общения индивидуума
d. способности к адаптации

161. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями зависит:
a. от прогредиентности психического заболевания
b. от этапа течения психического заболевания (позитивные или негативные расстройства)
c. от характерологических особенностей больного

162. Из перечисленных факторов в группу высокого риска формирования наркоманий у подростков относят все, исключая:
a. социально-неблагополучные семьи (низкий образовательный уровень, четкая корыстная ориентация, многобрачие и т.д.)
b. алкоголизм, наркомании у родителей, ближайших родственников
c. патологические формы поведения
d. наличие хронических соматических заболеваний

163. Облигатными социальными факторами риска возникновения наркоманий у девочек являются все перечисленные, кроме:
a. доступности наркотика
b. общения с наркоманами
c. курения, алкоголизации
d. соматической отягощенности

164. Преморбид подростков-наркоманов характеризуется всем перечисленным, исключая:
a. очень узкий круг интересов
b. отсутствие стремления к знаниям, учебе
c. бедность эмоций
d. снижение волевой сферы
e. склонность к сверхценным образованиям

165. Из перечисленных мотивов употребления одурманивающих средств подростками наиболее вероятными следует считать:
a. стремление изменить свое психическое состояние в благоприятную сторону
b. стремление к веселью
c. стремление к познанию внешнего мира, овладению новыми факторами внешней среды

166. Подростки употребляют одурманивающие средства преимущественно со следующим действием, исключая:

a. эйфоризирующее
b. «развлекательное»
c. стимулирующее
d. вызывающее грубое опьянение

167. К особенностям клиники наркоманий у подростков относится все перечисленное, кроме:
a. практически синхронного развития синдрома психической зависимости и синдрома измененной реактивности
b. преобладания в структуре абстинентного синдрома возбуждения парасимпатической нервной системы
c. трудности дифференциации неуправляемости в компульсивном влечении к одурманивающему средству с изначальными нарушениями поведения
d. определения дозы употребляемого подростком одурманивающего средства не толерантностью, а иерархией в группе
e. изначально одиночного употребления одурманивающего средства

168. К особенностям наркоманий у девочек по сравнению с мальчиками относятся:
a. значительная соматическая отягощенность в преморбиде
b. более неблагоприятное течение заболевания, выражающееся ускоренным развитием большого наркоманического синдрома
c. более высокая частота депрессивных расстройств и аутоагрессии
d. большая выраженность интеллектуально-мнестических расстройств, ранняя психосоциальная дезадаптация

169. Абсолютным признаком сформировавшегося влечения к наркотику у подростков является:
a. одиночное употребление наркотика
b. групповое употребление наркотика
c. эйфория при употреблении наркотика
d. навязчивые мысли об употреблении наркотика

170. Синдром сопутствующих последствий у подростков-наркоманов проявляется:
a. поражением «ростовых точек» (эндокринной и психической систем)
b. задержкой психического развития
c. интеллектуальным снижением
d. психопатоподобными изменениями личности

171. Наркогенность вещества определяется всем перечисленным, кроме:
a. скорости образования зависимости
b. вида вещества
c. высоты толерантности
d. степени психической и социальной инвалидизации
e. значения субъективного эффекта вещества

172. Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме:
a. изменения формы потребления одурманивающего вещества
b. появления абстинентного синдрома
c. изменения толерантности
d. исчезновения защитных реакций при передозировке
e. изменения формы опьянения

173. К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома:
a. измененной реактивности
b. психической зависимости
c. физической зависимости
d. последствий злоупотребления наркотиками

174. Лабораторная диагностика наркоманий включает применение следующих методов:
a. радиоиммунных
b. ферментных
c. тонкослойной хроматографии
d. газовой масс-спектрометрии

175. К достоверным критериям, позволяющим оценивать эпидемиологический аспект алкоголизма среди женщин, относятся все перечисленные, исключая:
a. самостоятельную обращаемость в наркологические учреждения (число лиц)
b. госпитализацию в случаях психических и соматических осложнений, вызванных злоупотреблением алкоголем (число лиц)
c. принудительную госпитализацию по линии МВД (число лиц)
d. попадание в медицинский вытрезвитель (число лиц)
e. попадание в КВД с диагнозом: сифилис и гонорея

176. В отношении мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом в РФ вероятен показатель:
a. 1:5.7
b. 1:4.8
c. 1:8.4
d. 1:23.6
e. 1:2.7

177. Учет характерологических особенностей при анализе состояния больного алкоголизмом позволяет:
a. решать вопросы прогноза
b. проводить целенаправленную дифференцированную терапию
c. осуществлять профилактику рецидивов заболевания

178. Удельный вес женщин, страдающих алкоголизмом и алкогольными психозами, отражает показатель:
a. 6.5%
b. 14.3%
c. 11.8%
d. 10.3%
e. 7.8%

179. В генезе алкоголизма у женщин из социальных факторов наиболее значимы все перечисленные, кроме:
a. семейной неустроенности
b. характера трудовой деятельности (работа в сфере обслуживания)
c. эмансипации
d. региона проживания
e. пьянства мужа

180. Факторами, способствующими при неблагоприятных условиях формированию

алкоголизма у женщин, являются все перечисленные, кроме:
a. наследственной отягощенности
b. неправильного воспитания
c. психогений, обусловленных личными и семейными травмами
d. эмоциональной депривации
e. недостаточного уровня образования

181. Для преморбида женщин, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме:
a. ранней детской депривации
b. затруднений в адаптации
c. аномалий личности
d. низкой толерантности к стрессам
e. ригидности

182. Риск развития алкоголизма у женщин повышается при всех перечисленных преморбидных особенностях характера, кроме:
a. неустойчивости
b. аффективной лабильности
c. возбудимости
d. шизоидности
e. истеричности

183. Среди женщин, больных алкоголизмом, преобладают лица, занятые:
a. в торговле, сфере услуг
b. в промышленности
c. в здравоохранении
d. в народном образовании

184. Для социально-психологического портрета женщин, страдающих алкоголизмом, характерно все перечисленное, кроме:
a. низкого уровня самоуважения и самооценки
b. явлений социально-психологической дезадаптации
c. высокой чувствительности к стрессам
d. игнорирования ролевых функций
e. достаточной способности к адаптации

185. Особенностями клиники алкоголизма у женщин являются все перечисленные, кроме:
a. замедленного темпа формирования
b. тенденции к раннему возникновению периодичности в течение заболевания
c. преобладания одиночного пьянства
d. стойких психопатологических расстройств в абстинентном состоянии
e. редуцированности идеаторного компонента патологического влечения к алкоголю

186. Патологическое влечение к алкоголю у женщин характеризуется всем перечисленным, кроме:
a. пассивного непротивления
b. редуцированности идеаторного компонента
c. преобладания аффективного компонента
d. пароксизмальности возникновения
e. преобладания актуализированных форм

187. В отличии от алкоголизма у мужчин, у женщин алкоголизм характеризуется всем перечисленным, исключая то, что:
a. заболевание формируется ускоренно
b. соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
c. курабельность заболевания худшая
d. чаще развиваются психозы

188. С учетом темпа прогредиентности алкоголизм у женщин характеризуется:
a. умеренной прогредиентностью
b. высокой прогредиентностью
c. малой прогредиентностью

189. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся все перечисленные, кроме:
a. Рациональной психотерапии
b. Ситуационно-психологического тренинга
c. Внушения наяву
d. Гипнотерапии

190. Групповыми методиками психотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме:
a. Гипнотерапии
b. Функциональной тренировки
c. Аутотренинга
d. Ситуационно-психологического тренинга

191. Методическими приемами, используемыми в коллективной психотерапии алкоголизма, являются все перечисленные, кроме:
a. Косвенного внушения
b. Опосредованной психотерапии
c. Метода психотерапевтического зеркала
d. Функциональной тренировки

192. С помощью внушения в гипнозе можно вызвать у больного алкоголизмом все перечисленное, кроме:
a. Реакции отвращения к органолептическим свойствам спиртных напитков
b. Подавления первичного патологического влечения к алкоголю
c. Утраты вторичного патологического влечения к алкоголю
d. Устранения симптомов утраты количественного контроля

193. Применение методики стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (по А.Р. Довженко) показано всем перечисленным, кроме больных:
a. Высказывающих добровольное желание лечиться
b. Проходящих принудительное противоалкогольное лечение
c. Явившихся на лечение в трезвом виде, не менее, чем с двухнедельным воздержанием от алкоголя
d. На любой стадии алкоголизма

194. Методика стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях имеет следующие этапы, кроме:
a. Подготовительного
b. Лечебного

c. Закрепляющего
d. Заключительного

195. На втором этапе стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях тактика психотерапевта включает в себя все перечисленное, кроме:
a. Актуализации инстинкта самосохранения
b. Снятия «анозогнозической инертности»
c. Развития стрессового состояния
d. Материализации внушений

196. Абсолютными противопоказаниями к применению метода стрессопсихотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме:
a. Делириозного состояния
b. Исходной стадии алкоголизма
c. Аментивного состояния
d. Абстинентного синдрома

197. К особенностям методики коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма относится все перечисленное, кроме:
a. Возможности применения у всех больных вне зависимости от степени гипнабильности
b. Чрезвычайно ограниченного круга соматических противопоказаний
c. Применения данной методики изолированно без сочетания с другими методами лечения
d. Выработки стойкой аверсионной реакции на спиртные напитки

198. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет реализовать все перечисленное, кроме:
a. Притупления первичного патологического влечения к алкоголю
b. Устранения вторичного патологического влечения к алкоголю
c. Уменьшения эмоционального напряжения
d. Мобилизации волевых ресурсов

199. Применением метода рациональной психотерапии у больных алкоголизмом можно:
a. Уменьшить проявление алкогольной анозогнозии
b. Аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю
c. Выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии
d. Провести ценностную переориентировку

200. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом включает в себя:
a. Разыгрывание ролевых ситуаций
b. Групповую дискуссию
c. Обучение саморегуляции
d. Десенсибилизацию к алкоголю

201. В период стационарного лечения алкоголизма индивидуальная рациональная психотерапия используется в качестве:
a. Метода, позволяющего выработать критическое отношение к алкоголизму
b. Способа коррекции отношения больных к процессу антиалкогольного лечения
c. Терапевтического приема, сопутствующего специфическому противоалкогольному лечению
d. Долговременного закрепления установки на отказ от алкоголя

202. Важнейшими особенностями лечения алкоголизма на шизофренической почве

являются:
a. Относительно большие дозы тетурама
b. Обязательно алкогольно-тетурамовые пробы
c. Преимущественно стационарное лечение
d. Апоморфинотерапия при заметных личностных изменениях и эметин – при недостаточно критическом отношении к своему состоянию

203. Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным, кроме:
a. абстинентного синдрома
b. благоприятного сдвига в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика
c. предпочтения определенному наркотику
d. регулярности приема наркотика
e. угасания первоначального эффекта наркотика

204. Об изменившейся реактивности организма к данному наркотику свидетельствует:
a. систематический прием наркотиков
b. психическая и физическая комфортность на фоне приема наркотика

205. В клинике заболевания у каждого больного наркоманией имеет место:
a. подъем толерантности
b. «плато» толерантности
c. падение толерантности

206. Исчезновение защитных реакций при употреблении наркотиков:
a. свидетельствует о приспособлении организма к уровню постоянной интоксикации
b. является диагностически четкой границей стадий наркомании

207. Наркотическую эйфорию составляют все перечисленные признаки, исключая:
a. подъем эмоционального фона
b. изменения мышления
c. неприятные соматические ощущения
d. расстройство восприятия
e. нарушение сознания

208. У наркомана при сформировавшемся заболевании можно наблюдать все перечисленные формы эйфории, кроме:
a. нетрансформированной
b. энергизирующей
c. стимулирующей
d. тонизирующей

209. Симптом изменения формы опьянения в клинике наркоманий проявляется:
a. при сформировавшемся систематическом приеме наркотика
b. при установлении высокой толерантности
c. при исчезновении защитных реакций на передозировку

210. Об изменении состояния опьянения у наркомана свидетельствуют все перечисленные признаки, кроме:
a. исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
b. исчезновения седативного эффекта
c. появления амнезий

d. повышения интенсивности эйфории
e. появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

211. Синдром психической зависимости от наркотика включает все перечисленное, исключая:
a. обсессивное влечение к наркотику
b. абстинентное нарушение
c. способность достижения психического комфорта в интоксикации

212. Все утверждения в отношении психического влечения к наркотику верны, кроме:
a. неспецифичности
b. определения настроения эмоционального фона больного
c. нарушений поведения больного в момент актуализации
d. перестройки психической жизни больного
e. изменения социальной ориентации личности

213. Обострению психического влечения к наркотику способствует все перечисленное, исключая:
a. конфликты, не связанные с наркотизацией
b. неприятные соматические ощущения
c. встречи с людьми, в компании которых принимались наркотики
d. разговор о наркотиках
e. появление нового сильного увлечения

214. При сформировавшемся психическом влечении в отсутствии наркотика обязательны:
a. психический дискомфорт
b. вегетативные нарушения
c. нарушения сна

215. О психическом дискомфорте в отсутствии наркотика у больного свидетельствуют все перечисленные симптомы, кроме:
a. общей депремированности
b. невозможности сконцентрировать внимание на чем-либо, кроме наркотика
c. расслабленности, рассеянности
d. пониженного настроения
e. агрессивности

216. Состояние психического комфорта в интоксикации наркотиком – это:
a. не синоним эйфории, а «уход от неудовольствия», от дискомфорта трезвости
b. состояние оптимального психического функционирования наркомана
c. условие благополучного психического состояния наркомана
d. восстановление психических функций

217. Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме:
a. компульсивного влечения
b. способности достижения физического комфорта в интоксикации
c. абстинентного синдрома
d. способности достижения психического комфорта в интоксикации

218. Компульсивное влечение к наркотику возникает во всех перечисленных состояниях, кроме:
a. I стадии наркомании

b. вне интоксикации
c. на спаде интоксикации
d. в структуре абстинентного синдрома

219. Все утверждения в отношении компульсивного влечения к наркотику верны, кроме:
a. возникновения с началом II стадии наркомании
b. представления всего содержания сознания больного в определенный момент
c. диктата поведения больного
d. сопровождения вегетативными стигмами
e. неспецифичности

220. Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
a. неодолимости
b. чрезвычайной интенсивности
c. специфичности
d. несобранности, рассеянности больного
e. аффективной напряженности

221. Состояние физического комфорта в интоксикации обеспечивает доза наркотика:
a. необходимая
b. достаточная
c. недостаточная
d. любая

222. Способность достижения физического комфорта в интоксикации свидетельствует о том, что после развития физической зависимости:
a. удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации
b. уровень интоксикации адекватен глубине физической зависимости
c. удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен без поддержания какого-то уровня интоксикации
d. уровень интоксикации не адекватен глубине физической зависимости

223. Формирование абстинентного синдрома свидетельствует о становлении всех перечисленных состояний, кроме:
a. I стадии наркомании
b. II стадии наркомании
c. синдрома физической зависимости

224. Наиболее характерным для «молодого» абстинентного синдрома является:
a. преобладание возбуждения парасимпатического отдела вегетативной нервной системы
b. преобладание возбуждения симпатического отдела вегетативной нервной системы
c. равная степень возбуждения обоих отделов

225. Различный удельный вес психопатологической и вегетативной симптоматики в структуре абстинентного синдрома обусловлен всем перечисленным, кроме:
a. формы наркомании
b. длительности заболевания
c. личности больного

226. В структуре абстинентного состояния более быстро падает удельный вес:

a. симпатического возбуждения нервной системы
b. парасимпатического возбуждения нервной системы
c. одинаково быстро падает возбуждение обоих отделов вегетативной нервной системы

227. Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется:
a. паразитическим образом жизни
b. разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
c. утратой желания трудиться
d. эгоцентризмом

228. О психопатоподобных изменениях личности наркомана говорят:
a. колебания эмоционального фона
b. раздражительность, возбудимость
c. неспособность критически оценивать свои действия
d. сужение круга интересов

229. К последствиям хронической интоксикации наркотиками при любой форме зависимости относятся:
a. прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала
b. угасание влечений
c. утрата потребностей как в биологическом, так и в социальном смысле
d. снижение сопротивляемости, прогрессирующее истощение

230. I стадия наркомании клинически выражается всеми перечисленными синдромами, исключая синдром:
a. измененной реактивности
b. психической зависимости
c. физической зависимости

231. Диагностическим критерием становления II стадии наркомании является формирование:
a. синдрома психической зависимости
b. синдрома физической зависимости
c. морфологических изменений

232. III стадия наркомании характеризуется:
a. нарастанием истощения систем, определявших симптоматику болезни
b. нарастанием последствий постоянной наркотизации
c. только психической зависимостью
d. только физической зависимостью

233. Опасность наркоманий заключается во всем перечисленном, кроме:
a. развития жировой дистрофии печени
b. несчастных случаев в состоянии интоксикации
c. выраженной криминогенности
d. суицидов
e. сокращения продолжительности жизни

234. Патоморфоз наркоманий обусловлен всем перечисленным, кроме:
a. использования новых синтетических средств
b. использования средств растительного происхождения
c. омоложения состава наркотизирующихся

d. использования новых путей введения наркотиков

235. Критериями для клинической диагностики наркоманий могут служить все перечисленные, исключая:
a. данные анамнеза о приеме в качестве лечебного средства наркотика
b. наличие на коже следов частых инъекций, рубцов, мелких абсцессов
c. возникновение абстинентного синдрома
d. наличие психических изменений, возникших вследствие длительного употребления наркотика
e. жировую дистрофию печени

236. Лабораторная диагностика наркоманий основана на обнаружении в биологических жидкостях:
a. наркотических веществ
b. специфических метаболитов наркотических веществ

237. Наркотические вещества или их метаболиты можно обнаружить:
a. в слюне
b. в моче
c. в крови
d. в поте

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной М., 40 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор пальцев, слабость, головную боль, беспокойство, бессонницу, «запойное» злоупотребление алкоголем. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Женат, имеет дочь 15 лет. В настоящее время работает авиадиспетчером. Впервые попробовал алкоголь в 16-летнем возрасте – выпил в компании одноклассников 250 мл крепленого вина, после чего на фоне опьянения была многократная рвота. До 35 лет алкоголь употреблял умеренно «по праздникам и выходным». Систематически употребляет алкоголь в течение последних 5 лет, с целью «расслабиться, снять напряжение». Пьет преимущественно крепкие спиртные напитки и пиво. Толерантность до 1 литра 40% водки в сутки. Отмечает «провалы в памяти» в состоянии опьянения. В последние два года отметил, что по утрам остро чувствует тягу к алкоголю, «разбитость», тошноту, потливость, дрожание рук, пребывает в плохом настроении, «все раздражает». Эти явления снимаются приемом 100-150 мл водки. Во второй половине дня вновь появляются и нарастают указанные явления. Пытается самостоятельно контролировать потребление алкоголя. В последний год воздерживается от любого алкогольного напитка в среднем около двух месяцев, потом следует «срыв». Указывает, что срыву предшествует «какое-нибудь событие: праздник, встреча с сослуживцами, неприятности по работе и т.д.». Пьет запоем от 3 до 7 дней. Из запоя выходит с медицинской помощью – вызывает на дом врача-нарколога. Последнее употребление алкоголя в течение трех дней до 0,5-0,7 литра водки в сутки.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный запах алкоголя изо рта. Температура тела 37,1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранный. Критика к своему заболеванию формальная.
Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

2. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной К., 40 лет, врач. Жалобы на быструю утомляемость, неустойчивое настроение с тенденцией к сниженному, повышенную потливость, бессонницу. Рос и развивался без особенностей. Успешно закончил школу и медицинский институт. Кандидат медицинских наук. Доцент. Заведующий хирургическим отделением крупной больницы. Часто имеет суточные дежурства или работает до позднего вечера. Женат, двое детей. Отношения в семье хорошие. Себя характеризует как общительного, энергичного человека. Вместе с тем в последний год отмечает подавленность, что связывает с большими психоэмоциональными нагрузками, конфликтными ситуациями на работе и материальными трудностями.
Алкоголь употребляет с 14 лет. До 30 лет предпочитал вино или пиво. Затем наряду с пивом, достаточно часто стал употреблять крепкие спиртные напитки. Отмечает, что в молодости были периоды «настоящего пьянства», сменявшиеся периодами умеренного употребления алкоголя. Периоды «настоящего пьянства» связывает с влиянием среды. Алкоголь употреблял в компании, как правило, в хорошем настроении. Переносимость алкоголя хорошая. Рвотный рефлекс сохранен на высокие дозы алкоголя. Толерантность до 0,5 л водки в сутки. В большинстве случаев дозу контролирует, но иногда «заводится». Появляется «тяга», не может остановиться и доводит себя до пьяного состояния. В таких случаях утром чувствует себя очень плохо. Болит голова, сердце, желудок. Два года назад наметилась тенденция к ежедневному вечернему употреблению алкоголя. Сообщает, что алкоголь позволяет быстро расслабиться. Заметил, для того чтобы «расслабиться» последние полгода требуется значительно больше водки или коньяка – до 150 г. По этому поводу жена стала делать замечания. Выпивать начал по дороге домой или на работе. «В этом случае жена не может определить, сколько я выпил, пятьдесят или сто пятьдесят». После массированной алкоголизации отмечает тревожность, чувство вины, сниженное настроение, бессонницу. В этих случаях самостоятельно принимает транквилизаторы. Лекарства значительно облегчают состояние. Предположил, что изменение настроения и активности может быть связано с алкоголем. Обратился за консультативной помощью.
При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. В беседе активен, откровенен, задает много вопросов. Мышление без особенностей. Интеллект

высокий. Отмечается повышенная потливость и тахикардия. Критика к своему состоянию полная. Сообщает о желании прекратить регулярное употребление алкоголя, однако считает, что изредка следует «расслабляться».
Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

3. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной М., 37 лет, сотрудник охранного предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охранной фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, угрюмый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.
Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.
Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.
При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.
Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

4. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной М., 38 лет. Известно, что больной был снят полицией с пассажирского поезда. Со слов проводника больной сел в поезд в Новосибирске в сильно пьяном состоянии. В поезде пил со случайными попутчиками, постоянно, почти не закусывая, с небольшими перерывами на сон и исключительно водку. Трезвым больного не видели ни разу. При подъезде к Санкт-Петербургу стал возбужденным, кричал, врывался в чужое купе. Из выкриков больного можно было понять, что его «преследует мафия», в поезде «едут террористы», за ним «следят», «хотят убить». Требовал вызвать «специальные войска». Не поддавался каким-либо уговорам успокоиться. По совету одного из пассажиров больному налили стакан водки. Выпив стакан, сразу заснул. Спустя несколько часов проснулся, и заперся изнутри в пустом купе. Во время остановки разбил окно и попытался вылезти наружу. Был задержан.

При осмотре: Лицо отечно, гиперемировано. Лицо и руки в свежих порезах, окровавлены. Пульс 110 уд/мин. АД 160/100. Изо рта сильный запах алкоголя. Отмечается генерализованный тремор, горизонтальный нистагм. Продуктивный контакт с больным затруднен из-за психомоторного возбуждения. Правильно называет свои паспортные данные, время, проведенное в пути, пункт назначения. Осознает, что находится в пикете полиции. Кричит, что его хотят убить, «милиция подкуплена». Отказывается принимать лекарства: «в шприце – яд». Внезапно бросился к двери, но остановился. «За дверью кто-то есть, я знаю». Говорит, что видел террористов: «Это были бородатые кавказцы». Описать их внешность не может.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

5. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной И., 52 года. Безработный. Рос и развивался без особенностей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Получил рабочую специальность. После службы в армии пришел рабочим на химический завод, где и работал вплоть до увольнения пять лет назад. Родственники характеризуют больного в прошлом как покладистого, несколько легкомысленного человека. В разводе. Имеет здоровую взрослую дочь, и младшую 15 лет, страдающую олигофренией. Последний год живет в семье, так как комнату, которая досталась больному после развода, продал, а деньги пропил. Алкоголем злоупотребляет с 30 лет. Пьянство носило за редкими перерывами ежедневный характер. Употреблял преимущественно разведенный до 40% спирт, который в изобилии имелся на производстве. В течение 30 лет на наркологическом диспансерном учете. Неоднократно безуспешно лечился стационарно от алкоголизма. После лечения и социально-реабилитационной программы был направлен на родной завод. Руководство завода определило больного на работу без доступа к спирту. В течение трех лет воздерживался от

употребления алкоголя. Посещал общество трезвости. В дальнейшем снова стал выпивать. Вновь лечился стационарно. Дважды переносил алкогольные психозы. Толерантность снизилась до 100 г водки. В период кризиса, около года работал на заводе практически без зарплаты. Не увольнялся, так как, по мнению родственников, получил доступ к спирту. Был уволен с предприятия за прогулы. Без работы окончательно опустился, собирал бутылки, попрошайничал, воровал. В пивной допивал пиво из чужих кружек. В последний год родственники отметили у больного грубые нарушения памяти, беспричинный смех, дурашливость, нелепое поведение.

При осмотре: Жалобы на сильные боли и нарушение чувствительности в нижних конечностях. Данных за алкогольное опьянение нет. Сильно выражены признаки дистрофии: истощен, кожа шелушится, отсутствует большая часть зубов, катаракта на обоих глазах. Отмечается, напоминающий Паркинсонизм, генерализованный тремор; шаткая походка, резкая боль при пальпации нижних конечностей в проекции нервных стволов. Ориентировка грубо нарушена. Не может правильно назвать год. Считает, что находится не в клинике, а на Финляндском вокзале. Заявляет, что только что прибыл из Краснодара, хотя никогда в нем не был. Память нарушена по типу фиксационной амнезии – вновь стал знакомиться с лечащим врачом, после того как тот ненадолго вышел из приемного отделения. Эйфоричен. Смеется. Повторяет: «Дай водки, водки дай».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?

Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

6. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной Л., 43 года, мичман. Активно жалобы не предъявляет. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отец всегда был холоден к сыну, отличался упрямством, жадностью, конфликтностью. Злоупотреблял алкоголем. Мать – малообщительная женщина. В настоящее время страдает опухолью головного мозга. После школы получил среднее технические образование. Был призван в ВМФ. Зарекомендовал себя с хорошей стороны, был направлен на учебу в школу мичманов. После выпуска пять лет служил на кораблях, затем продолжил службу в береговой части. Исполняет обязанности кладовщика. Длительное время увлекался фотографией. Специально учился, участвовал в выставках. По службе в целом характеризуется положительно, однако в характеристике указывается на факты злоупотребления алкоголем. Женат, два сына 22 и 18 лет. Жена старше мужа на 5 лет. Характеризует мужа как «ревнивого», «нудного», склонного «читать нотации», «не терпящего возражений». Отмечает, что часто бывает «мрачным». После семейных конфликтов долго не разговаривает с женой или детьми. В последние годы супруги пребывают в «натянутых отношениях», живут в разных комнатах. Жена содержит семью, имеет собственный круг общения, в который мужа допускает неохотно. Значительное усиление алкоголизации с 35 лет. Практически ежедневно после службы пьет водку или пиво. Часто употребляет низкосортный алкоголь. За последние годы существенно «деградировал». Полностью прекратил заниматься фотографией. Резко сузил круг общения. Стал неряшлив. Практически не интересуется домашним хозяйством. Имеются указания на снижение толерантности. Несмотря на то, что длительное время отношения между супругами оставались формальными, постоянно обращал внимание на ее телефонные

разговоры, время прихода с работы, длительность командировок. При этом, иногда с иронией, а порой и с вербальной агрессией, указывал на существование вне семейных интимных отношений. При отказе жены давать объяснения приходил в ярость. Ситуация стала «острой» в последние два месяца. Стал высказываться при посторонних и сыновьях, что «жена его - шлюха…, водит мужиков домой в его отсутствие…, спит с кем попало…, живет на деньги любовников…, стала прихорашиваться…, все видят ее измену…». Об измене жены ему «… намекают на службе, … понятно из разговоров с соседями». В квартире «…видит следы пребывания гостей». Приезжал на работу к жене «разобраться с ее начальником и любовником». Обвинял соседа в половой связи с его женой. Высказывал сомнения, что он отец своих детей. На службе измена жены стала в разговорах его основной темой. Неоднократно угрожал жене физической расправой.

При осмотре: Сознание не помрачено. Признаков алкогольного опьянения нет. Напряжен, настроение с элементами гневливости. Объясняет врачу, что пришел не по своей воле, но «рад, что может все рассказать, как есть». В качестве аргумента своей правоты оперирует следующими фактами: «…дети были на даче у родителей. Вечером я ушел на службу. Приклеил волос на дверь. Утром пришел – волоса нет. Мне сказала, что выносила ведро. …Хитро придумала». «Она была одна дома. Я пришел со службы, вижу – она стирает две простыни… Другие доказательства нужны?». «…Купила новые туфли, а они стоят 5000 рублей. Откуда деньги? Любовник дал». «…Дети с ней заодно, ничего не скажут! …да и их купили!». «…По телефону говорит намеками. Речь зашифрована, что бы я не догадался». Аффектируется, если врач высказывает контраргументы. Мышление вязкое.

Был госпитализирован. В беседе на третьи сутки поинтересовался у врача, сколько ему заплатили жена с любовником – «…теперь они свободны».

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

7. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной А., 35 лет. Инвалид Афганской войны. Жалобы при поступлении в клинику на общую слабость, шаткую походку, отсутствие аппетита, боли в левом подреберье, «металлический вкус» во рту, онемение конечностей, бессонницу. Рос и развивался без особенностей. В период службы в Армии получил ранение позвоночника. После лечения основные двигательные функции были восстановлены, но экспертизой был признан инвалидом. Не мог поднимать тяжести свыше 2 кг. К мирной жизни не адаптировался. Был занят низко квалифицированным трудом. Холост. Массировано алкоголизируется на протяжении семи лет. Пьет ежедневно. В последний год снизилась толерантность к алкоголю. Последнее употребление алкоголя за двое суток до госпитализации. Несмотря на прогрессивное ухудшение самочувствия продолжал пить. «Водка – это мое единственное лекарство».

На вторые сутки госпитализации состояние ухудшилось – появилась неукротимая рвота.

На третьи сутки слабость стала настолько выражена, что больной не мог самостоятельно подняться с постели. Появилось двигательное возбуждение, ограниченное постелью. Жаловался на сильную тревогу, немотивированный страх. К вечеру развился галлюциноз: на фоне выраженного оглушения совершал руками имитирующие действия как в пантомиме.

«Открывал» рукой кран, «наливал» воду, «подносил» стакан ко рту и т.д. Что-то «доставал» изо рта. Периодически кричал, бранился.
На четвертые сутки был полностью дезориентирован. Упал диурез. Глазные яблоки запавшие. Тургор кожи низкий. АД 105/70. Температура тела – 37,8 град. С. Питание зондовое. Был переведен на реанимационное отделение.
На пятые сутки: язык покрыт коричневым налетом. Тоны сердца приглушены. АД 140/90 (на фоне терапии). Температура тела – 37,5 град. Лежит на спине, позу не меняет. Дышит ртом, дыхание частое. Реакция зрачков на свет вялая. Горизонтальный нистагм. Нарушилось глотание. Перебирает складки одеяла руками. Психотическая продукция бедная. По отдельным фразам можно понять, что больной переживает Афганские события.
На 6 сутки развилось коматозное состояние с падением температуры тела и нарушением спонтанного дыхания. Нарастают бульбарные расстройства.
На седьмые сутки больной умер.
При патологоанатомическом исследовании: симметричное размягчение боковых стенок третьего желудочка, поражение задних холмов четверохолмия, множественные точечные кровоизлияния и отек головного мозга, цирроз печени, многочисленные язвы по малой кривизне желудка, атрофический гастрит.
Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

8. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Т., 49 лет. Рабочий. По определению суда находится на стационарной судебно-психиатрической экспертизе. Обвиняется в убийстве. Со слов испытуемого материалов уголовного дела, медицинской документации известно следующее. Рос и развивался без особенностей. Отец страдал алкоголизмом, отличался вспыльчивостью. Закончил жизнь самоубийством. В возрасте 13 лет перенес тяжелую черепно-мозговую травму с потерей сознания до 3 суток. Служил в армии. После армии занимался боксом. Переносил повторные черепно-мозговые травмы. После очередной травмы в возрасте 25 лет лечился стационарно. Последние годы страдает сильными головными болями. Наблюдается у невролога с диагнозом органическое поражение головного мозга, посттравматический арахноидит. Есть указание на судорожный припадок, имевший место пять лет назад. Около года по назначению врача принимал ноотропные препараты, карбамазепин. По характеру: вспыльчивый, склонен долго переживать обиды. Был женат, в настоящее время в разводе. Имеет судимость за драку в состоянии алкогольного опьянения.
Длительное время алкоголь употреблял умеренно. После массированной алкоголизации чувствовал себя плохо: сильно болела голова и часто была рвота. В последние два года алкоголизация усилилась, хотя по-прежнему страдал по утрам головными болями. Предпочитал пиво. Стал часто похмеляться, отмечая заметное улучшение состояния. Появились жалобы на бессонницу, ослабление памяти.
В выходной день с утра выпил около литра пива. Днем пил вино в обществе соседа-приятеля Р. Вечером их обоих видели во дворе, распивающими водку. Как-либо странностей в поведении испытуемого свидетелями отмечено не было. Равно как и не было отмечено признаков сильного алкогольного опьянения. Около 21:00. приятели ушли домой к

испытуемому. Приблизительно через час соседи услышали громкие крики и призывы о помощи на лестничной площадке. Кричал испытуемый. Из криков соседи поняли, что на испытуемого напал колдун, что он опутан веревками, а на шее петля. Соседи зашли в квартиру. На полу лежал Р., без признаков жизни, с многочисленными рвано-ушибленными ранами на теле. Рядом лежал окровавленный молоток. Оказал сопротивление. Вырывался, пытался бежать. Многократно выкрикивал: «Они здесь», «…развяжите!». Указывал пальцем в пустую комнату. Соседи покинули квартиру и вызвали милицию. Милиция нашла испытуемого спящим. При пробуждении категорически отказывался в содеянном. Давая показания, правильно сообщил о событиях дня, о количестве выпитого. Отчетливо помнит, как пошли домой. Остальное помнит смутно. Говорит, что увидел бесформенное существо, услышал крик «вешайте его!», что кто-то его хватал, опутывал веревкой. Указать на другие переживания или события не может. Отметил, что с Р. его связывали исключительно дружеские отношения.

На отделении поведение упорядоченное. Настроение соответствует переживаниям о неразрешенных судом обстоятельствах преступления. Искренне переживает о случившемся. Мышление логичное, последовательное, обстоятельное. Память и внимание в достаточном объеме. Эмоционально лабилен. Психотических явлений нет. Сухожильные рефлексы на руках оживлены слева. Брюшные рефлексы оживлены справа. Патологические рефлексы не вызываются. Аккомодация и конвергенция не нарушены. На ЭЭГ признаки нарушения зональной организации альфа ритма, доминирование медленно-волновой активности в передних отделах мозга, дизритмические нарушения в диэнцефальных структурах, вялые реакции на световой раздражитель. Со стороны внутренних органов без выраженной патологии.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?

9. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной С., 26 лет, наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. От сверстников в развитии не отставал. В школе учился хорошо. Окончил торгово-экономический институт, служил в армии по призыву. В настоящее время нигде не работает. После окончания школы, с 17 лет, «стал пробовать травку». Объясняет это популярностью наркотиков в среде молодежи, с которой общался. Сначала не испытывал никаких приятных ощущений, просто было интересно. Затем, спустя некоторое время после выкуренной сигареты, почувствовал нечто вроде «интеллектуальной расторможенности» – легкость формирования ассоциаций, прилив сил, раскрепощенность в поступках, обострение памяти, веселость, желание петь. Речь становилась быстрой, все вокруг - «безумно смешным». Такое состояние возникало через 10-20 мин после сигареты и продолжалось от 3 до 5 часов, в зависимости от сорта конопли. Далее наступал период абстиненции, который выражался в виде головной боли, тошноты, вялости, повышенной потливости. Тяжелых состояний больной не ощущал, так как всегда мог достать коноплю или готовил ее сам. Через год постоянного употребления гашиша стали появляться астенические симптомы (быстро уставал, нарушился сон), ухудшилась память, стал неряшливым, неопрятным. Коноплю уже курил только для того, чтобы избавиться от постоянных головных болей. По настоянию родственников обратился за помощью к психиатру-наркологу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

10. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной, 16 лет, единственный ребенок в семье. В школу пошел с 7 лет, окончил начальную среднюю школу, затем поступил в техникум. Со слов, в возрасте 10 лет была травма головы с кратковременной потерей сознания. Отец больного – хронический алкоголик.
Впервые познакомился с людьми, занимающимися приготовлением веществ для внутривенного введения, около года назад. Они предложили ему посмотреть, как «балдеют» от этого, привели в квартиру, где собралась молодежь, и на глазах у всех приготовили какую-то жидкость, в основе которой была мазь «Сунореф». Он запомнил процесс приготовления жидкости и из любопытства, сделав ее сам, попробовал ввести себе. После этого испытал неприятные ощущения (жжение, мурашки по телу, тошноту) и решил отказаться от инъекций. Но через месяц опять стало интересно, зачем же все-таки это делают? После 2-3 попыток почувствовал «прилив бодрости», улучшилось настроение, «тянуло на разговор», приятные ощущения, которые сохранялись в течение почти 5 часов. Стал вводить раствор 1-2 раза в неделю и вскоре уже с нетерпением ждал тот день, на который планировал введение. При длительном воздержании от употребления вещества становился эмоционально лабильным, появлялась вялость, сонливость, раздражительность. После укола все «это» сразу же проходило. Так продолжалось 7 месяцев. Затем был направлен на практику в другой город. С собой взял иглы, шприцы, запас мази. Предприятие не предоставило ему общежитие, и он две ночи провел на вокзале, вел себя странно и был задержан сотрудниками полиции. При осмотре у него были обнаружены следы внутривенных инъекций, изъяты шприц, иглы.
Соматическое состояние: среднего роста, удовлетворительного питания; в области локтевых сгибов имеются следы инъекций; сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс 70 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст.; дыхание везикулярное; живот при пальпации мягкий, безболезненный.
Неврологическое состояние без очагового поражения ЦНС.
Психическое состояние: охотно вступает в речевой контакт, рассказывает, как готовил раствор мази, держится несколько развязно, беспокоится за учебу в техникуме. Психотическая симптоматика отсутствует. Эмоционально неустойчив. Интеллект соответствует уровню полученного образования. Память без грубых изменений. Критика к употреблению токсических веществ формальная.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите синдромы, описанные в задаче.

11. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Я., 52 года, пенсионер МО. Из анамнеза известно, что наследственность психопатологически не отягощена. В развитии не отставал. Закончил школу, академию им. Можайского. По характеру сформировался активным, общительным, целеустремленным.

Службу проходил на офицерских должностях, успешно продвигался по службе. Заочно закончил Политехнический и Финансово-экономический институты. Семь лет назад уволился из Вооруженных Сил в связи с достижением предельного возраста службы. Продолжал работать в коммерческой организации инженером и руководителем. Алкоголь употребляет длительное время. Усиление злоупотребления отмечается после увольнения со службы и связывает с характером работы – «необходимость выполнять представительские функции». Около 6 лет назад был избит неизвестными, падал, ударившись головой о землю. После травмы длительное время отмечалось онемение и нарушение координации в руках. В течение 2 лет отмечает несколько случаев внезапной потери сознания, кратковременные - «секунды». В это же время снизилась работоспособность, ухудшилась память. Осенью около 2 лет назад был эпизод расстройства психических функций, когда на фоне приема примерно 100 мл водки «видел в рабочем кабинете незнакомых существ», после прихода домой в течение всей ночи «мысленно говорил с ними». Проводилась инфузионная терапия в амбулаторном порядке. Спустя некоторое время нарушился ночной сон, затем больной неожиданно обнаружил в своей квартире «неизвестные существа», которые воздействовали на него «какими-то приборами»: «вначале относились доброжелательно, и сняли боли в животе». Затем стал замечать со стороны этих существ агрессию в отношении себя «двигали предметы, электрические провода, подводили электричество к дверной ручке». Пытался выяснить у них, чего они хотят, получал от них ответы в виде «звучащей в голове мысли». Получил от этих существ ответ на вопрос «каково современное устройство мира». Испытывал в это время страх, тревогу, со слов окружающих был беспокойным и совершал «какие-то непонятные движения – стремился куда-то убежать». Пытаясь защититься «от этих непонятных существ», дважды за вечер вызывал наряд полиции. Был госпитализирован бригадой скорой помощи в психиатрическую клинику.

Во время лечения сохранялись стойкие идеи преследования и воздействия, был напряжен, беспокоен. Длительно сохранялось снижение памяти на текущие события – путал даты, имена, забывал, что говорил накануне. Эмоциональные реакции сглажены. На вопросы отвечал по существу, но с излишней детализацией, очень подробно. Мышление замедленное, тугоподвижное. С трудом переключался с одной темы на другую. Критика формальная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения

12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ

Основная часть

Больной П., 40 лет. Образование высшее. Жалобы на пароксизмы с потерей сознания, сопровождающиеся причмокиванием, снижение памяти. Частота – 1 раз в месяц, продолжительность – 1-2 мин. Считает себя больным с 37 лет, когда после перенесенного токсического гриппа возникли пароксизмы с потерей сознания и причмокиванием. После них ощущал сладкий вкус, как после приема сладкой пищи. В анамнезе грипп, паротит, воспаление легких. Наследственность здоровая.

Объективно: со стороны соматического состояния патологических изменений не обнаружено. Неврологическое обследование патологии не выявило. Психических отклонений от нормы не имеется.

КГ: признаки гипертензии отсутствуют. Турецкое седло с ровными контурами. Частичное обызвествление.

ПЭГ: давление ликвора в положении сидя 410 мм вод. ст., воздух заполнил

ликворосодержащие пути. Топография и размеры желудочков не изменены. В щелях субарахноидального пространства головного мозга мало воздуха, заполнившиеся щели не изменены. Цистерны основания не расширены.
ЭЭГ: фоновая активность во всех областях коры головного мозга представлена достаточно выраженными, с отчетливыми региональными отличиями альфа ритмом частотой 9,5-10 кол/с и амплитудой 15-20 мкВ, беспорядочными полиморфными медленными тета- и дельта волнами умеренной амплитуды и низко амплитудными быстрыми бета- и сигма колебаниями. Быстрые колебания чаще в правой височной области. Иногда отчетливо прослеживается небольшое преобладание медленных волн по длительности и амплитуде в областях правого полушария, более выраженное в теменной, нижней теменной и височной областях. Эпизодически регистрируются генерализованные периоды резкого подавления альфа активности и замены ее на беспорядочные полиморфные медленные и быстрые колебания, а также генерализованные билатерально синхронные вспышки медленных волн повышенной амплитуды, иногда с небольшим правосторонним акцентом. Выявляются умеренно диффузные изменения электрической активности коры головного мозга с небольшим акцентом в областях правого полушария. Признаки заинтересованности срединных отделов. Четких эпилептиформных комплексов и пароксизмов не зарегистрировано, однако отмеченные внезапные изменения фоновой активности свидетельствуют о склонности к резким изменениям функционального состояния головного мозга.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению.

13. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больной Е., 18 лет. Образование 7 классов. Жалобы на приступы, начинающиеся с неприятного ощущения в эпигастральной области, тяжести в голове, затем сознание нарушается, и больной в состоянии нарушенного сознания от кого-то бежит, на кого-то, защищаясь, нападает, совершает целый ряд бессмысленных поступков (снимает с себя одежду, не сообразуясь с обстановкой). После пароксизма некоторое время ощущает небольшую слабость и не помнит, что с ним было. Приступ длится 10-15 мин. Судорожного компонента в пароксизме не было.
Считает себя больным около месяца, когда после тяжелой психотравмы впервые внезапно возник пароксизм. Вначале ауры не было. Затем наряду с эпигастральной аурой изредка появляется слуховая (больной слышит какую-то песню, старается ее сам напевать).
Психическое состояние: периодически бывает повышенное или пониженное настроение, ослаблена память на прошедшие и текущие события, снижен интеллект.
Неврологически: сглажена правая носогубная складка. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D>S. Брюшные рефлексы живые, D<S.
В анамнезе, кроме психотравмы, заболевания отрицает. Наследственность здоровая.
На кранио- и томограммах в костях свода умеренно выраженные признаки повышения внутричерепного давления в виде усиления пальцевых вдавлений, турецкое седло в пределах нормы.
ПЭГ: ликворное давление в положении сидя 320 мм вод. ст. В щели субарахноидального пространства воздух проник неравномерно. Заполнившиеся щели незначительно расширены, деформированы. Цистерны оснований расширены.

ЭЭГ: диффузные изменения электрической активности мозга с непостоянным легким акцентом в левом полушарии.
На левосторонних каротидных ангиограммах (АГ): заполнение внутренней сонной артерии и ее ветвей, передней и средней мозговых артерий. Небольшой заброс в переднюю мозговую артерию справа через переднюю соединительную артерию. Топография сосудов не изменена. Органические изменения не выявлены. Отмечается некоторое удлинение артериальной фазы. Анализ спинномозговой жидкости без патологии.
Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Рекомендации по лечению.

14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больная Е, 38 лет.
Наследственность психопатологически не отягощена. Мать – авторитарная, своенравная, воспитывала дочь в условиях психологического подавления. Сформировалась впечатлительной, тревожной, склонной к идеям самообвинения в конфликтной ситуации, замыкаться в себе. Закончила медицинское училище. Работает медицинской сестрой. Склонна излишне сильно переживать свои ошибки, служебные конфликты. Первый раз вышла замуж в 18 лет. В 20 лет родила сына. Сыну в настоящее время 15 лет, в развитии от сверстников не отстает. В 23-летнем возрасте развелась. Объясняет это изменением отношений со стороны мужа, отсутствием с его стороны заботы о ребенке и т.п. Тяжело переживала ситуацию развода, испытывала чувство вины перед ребенком, ощущала свою несостоятельность и т.п. Несколько лет проживает в гражданском браке, отдельно от матери. Характеризует своего гражданского мужа как взрывчатого, склонного к проекции вины на нее, но достаточно быстро отходчивого человека. Считает, что в семейных отношениях не хватает эмоциональной поддержки с его стороны. Часто возникали конфликтные ситуации. При этом, в отличие от гражданского мужа, «застревала» на них, длительно испытывала чувство несостоятельности, вины и т.п. С каждой конфликтной ситуацией нарастали чувства несостоятельности, «неполноценности». Значительное ухудшение самочувствия почувствовала в течение месяца перед госпитализацией. На фоне очередного внутрисемейного конфликта снизилось настроение, появились повышенная утомляемость, нарушения сна (длительное засыпание, поверхностный сон), навязчивые мысли депрессивного содержания о собственной несостоятельности, виновности перед ребенком, гражданским мужем и т.п. Накануне госпитализации после телефонного разговора с матерью, высказавшей ей претензии по поводу воспитания сына, стало «тоскливо», резко снизилось настроение. С целью «уйти на время от проблем», «заглушить это состояние» приняла около 8 таблеток верапамила и 2 таблеток эналаприла. На фоне развивающегося падения давления, почувствовала страх, вызвала у себя рвоту и обратилась к гражданскому мужу за помощью. В связи с нарушениями ритма сердца, низким давлением и отсутствием энуреза была госпитализирована в отделение реанимации. После нормализации соматического состояния переведена в психиатрическую больницу.
При поступлении предъявляла жалобы на стойкое сниженное настроение, повышенную утомляемость, навязчивые мысли депрессивного содержания, связанные с конфликтной внутрисемейной ситуацией, поверхностный сон. Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны нервной системы – без очаговой симптоматики. Выявляется дистальный гипергидроз. Периостальные и сухожильные рефлексы равномерно

оживлены. Психический статус: сознание не помрачено. Без психотической симптоматики. При беседе малоподвижна, подавлена. Плаксива. Настроение снижено, легко возникают эмоциональные реакции астено-депрессивного круга. Без грубых интеллектуально-мнестических нарушений. Фиксирована на сложившей ситуации. Высказывала идеи, связанные с чувством своей несостоятельности, вины перед окружающими и т.п. Повышенно истощаема.
Вопрос:
Ваш диагноз?

15. **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА** (проверяемые компетенции - УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5)

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 15 МИНУТ
Основная часть
Больному в результате проведенного обследования установлен диагноз – Соматизированное расстройство (F 45.0).
Вопросы:

1. Какую клиническую картину мы ожидаем увидеть?
2. Укажите стандарт оказания помощи данному больному.
3. Укажите группы и основных наименования лекарственных препаратов из этих групп, применяемых для терапии данного психического расстройства

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
Сертификат 00BE4682EDF41D4EDAC840461D86B4ECF1
Владелец Кухарчик Галина Александровна
Действителен с 27.12.2024 по 22.03.2026