

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА (наименование практики)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.22 Психотерапия (код специальности и наименование)
Направленность	Психотерапия (название направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра психотерапии и психиатрии с клиникой (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1, 2
Форма промежуточной аттестации	зачет с оценкой/зачет с оценкой/зачет с оценкой /зачет с оценкой
Общая трудоемкость практики	2376 час/ 66 зач.ед.

Рабочая программа практики «Клиническая практика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации от 16 октября 2023 г. № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия»;
- учебным планом по специальности 31.08.22 Психотерапия;
- 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, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хабаров Иван Юрьевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры психиатрии, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Савельева Ольга Владиславовна	К.м.н.	Ассистент кафедры психиатрии, психотерапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой «17» января 2024 г., протокол № 1.

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

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики разработана в соответствии с приказом МЗ РФ от 3 сентября 2013 г. № 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» и в соответствии с действующим ФГОС ВО Приказом Министерства образования и науки РФ от 16 октября 2023 г. № 982 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия».

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-психотерапевта во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-психотерапевта, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы психических и поведенческих расстройств.
2. Знать патогенез психических и поведенческих расстройств, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики психических и поведенческих расстройств.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы психических и поведенческих расстройств.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента с психическим и поведенческим расстройством.
6. Овладеть современными методиками, используемыми в психотерапии в рамках ведения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.
7. Проводить дифференциальную диагностику психических и поведенческих расстройств.
8. Оформлять медицинскую документацию.

Тип практики – «Клиническая практика»

Способ проведения - стационарный или выездной.

Форма проведения - дискретная, путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Клиническая практика является обязательной частью образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.22 Психотерапия, видом учебной деятельности, направленной на получение навыка профессиональной деятельности, формирование, закрепление и развитие практических умений и компетенций, обучающихся в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, и ориентированной на их профессионально-практическую подготовку.

Клиническая практика относится к Блоку 2 «Практика» (обязательная часть) учебного плана и проводится на 1 и 2 году обучения на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», а также в других местах проведения практической подготовки в соответствии с оформленными договорами об организации практической подготовки обучающихся в иных организациях.

Содержание клинической практики соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия.

Клиническая практика осваивается в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции, установленные программой ординатуры:

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории 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: <ul style="list-style-type: none"> – методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; – пациент-ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; – роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; – современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; – возможности пациент-ориентированного, персонифицированного подхода в современной медицине; Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; – использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; – излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов, получать и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; 	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП</p> <p>Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП</p>
	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.		
	УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.		
Наименование категории компетенции - Командная работа и лидерство			
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и	УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей,	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего 	<p>Для текущего контроля: Д</p> <p>Для промежуточной</p>

младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	среднего и младшего медицинского персонала.	<p>медицинского персонала</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства. Для текущего контроля: 	аттестации: СЗ
	УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.		Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон		Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
Наименование категории 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.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива		
	УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.		

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, П- презентация, ДП — дневник практики, ОП — отчет по практике*

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Наименование категории компетенции - Организационно-управленческая деятельность			
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан – Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи – Виды основных медико- статистических показателей Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. – Отбирать, систематизировать и использовать медико- статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи – Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.		
	ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.		
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: <ul style="list-style-type: none"> – основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях особенности сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.		

		<p>системы, строение оболочек и сосудов мозга</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные физикальные методы обследования нервной системы – основные психотерапевтические методы – основы диагностики психических заболеваний – 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 <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – исследовать и интерпретировать психотерапевтический 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 	<p>ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>
	<p>ОПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и определяет тактику дальнейшего лечения с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения).</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – МКБ – Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при психических заболеваниях – клиническую классификацию психических расстройств – клинические и лабораторные проявления патологических состояний, симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм – Показания к госпитализации в психотерапевтическое отделение – Показания к госпитализации в психиатрический стационар <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ 	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – Производить дифференциальную диагностику пациентам при заболеваниях и (или) состояниях психики – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) при психических заболеваниях 	
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>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.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общие вопросы организации психотерапевтической помощи в РФ, и связанные с ней вопросы организации работы скорой и неотложной помощи – организацию помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами – показания к различным формам оказания психиатрической/психотерапевтической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; – различные способы лечения психических и поведенческих расстройств: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое – современные стандарты лечения психических и поведенческих расстройств и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту – основы фармакотерапии психических и поведенческих расстройств (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии) – современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; – немедикаментозные методы лечения психических и поведенческих расстройств (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение, реабилитация) 	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – определить наличие нетрудоспособности пациента – назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при психических и поведенческих расстройствах с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента – оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику – прогнозировать течение и исход заболевания – информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии – пользоваться методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ 	
	ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общую психотерапию и частные виды психотерапии, применяемые при психических и поведенческих расстройствах – основные принципы фито- и рефлексотерапии в психиатрии, – принципы и методы реабилитации больных с психическими расстройствами <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – определить показания и противопоказания к назначению психически больному фито-, рефлексо-, психотерапии – проводить психотерапевтическое лечение (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и другие методы) – проводить работу с семьей и близким окружением психически больного, провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	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.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших при лечении пациентов с психическими заболеваниями <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов при психических заболеваниях – Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

		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: <ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях 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 при психических заболеваниях 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: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-6.2. Контролирует эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, 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: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-	Знает:	

	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 медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	<ul style="list-style-type: none"> – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях – Умеет: – Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях – Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
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: <ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и реабилитации инвалидов Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями и (или) состояниями нервной системы, на проведение медико-социальной экспертизы – Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-7.2. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических расстройствах в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психического заболеваний и (или) состояний нервной системы 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ОПК-7.3. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов при	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Порядок выдачи листов нетрудоспособности 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП

	психических расстройствах, работать в составе врачебной комиссии медицинской организации, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности.	Умеет: – Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной психическими заболеваниями	Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	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 психиатрических пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний. Умеет: - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	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: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	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 заболеваний Умеет: – Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными психическими расстройствами	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в	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 медицинскую помощь по профилю "Психотерапия" 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: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: ПН, ДП, ОП, П

распоряжении медицинского персонала			
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: <ul style="list-style-type: none"> – Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи – Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – провести осмотр пациента с клиническими признаками состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
	ОПК-10.3. Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Алгоритм оказания помощи психиатрическим пациентам при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента – Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме – Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, 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 - Организационно-управленческая деятельность			
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации – принципы организации труда – порядок ведения учетно- отчетной документации Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению – обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 	Для текущего контроля: СЗ, ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-3.2. Способен организовывать работу структурных подразделений медицинской организации.		
	ПК-3.3. Способен применять требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности.		
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	ПК-4.1. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента.	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – особенностей формирования психического расстройства – порядок проведения дифференциальной диагностики – формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней – критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса – современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его – как правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

проблем, связанных со здоровьем		<p>психическом заболевании</p> <ul style="list-style-type: none"> – обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; – оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания – обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований – провести дифференциальную диагностику психического заболевания – поставить и обосновать окончательный диагноз 	
	<p>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.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; – обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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; – выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств – выявления особенностей формирования психического расстройства – проведения дифференциальной диагностики – формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней 	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>
	<p>ПК-4.3. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней <p>Умеет:</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

		<ul style="list-style-type: none"> – выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания – установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ 	
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПК-5.1. Разрабатывает план лечения психического расстройства или состояния 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.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии – обосновать показания к назначению больному психотропных средств – разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – назначить общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; – назначить современные методы лечения при психических расстройствах; 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-5.2. Осуществляет оказание психотерапевтической помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести комплексное лечение больного психиатрического профиля, включая психокоррекцию, с учетом психопатологического и соматического состояния пациента – оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
	ПК-5.3. Организовывает персонализированное лечение пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, проводит оценку эффективности и безопасности лечения.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – как организовать лечение психических больных, в том числе беременных женщин, лиц молодого и пожилого возраста с учетом современных данных <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – провести, с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста 	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП- дневник практики, ОП- отчет по практике, П - презентация*

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

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

Вид учебной работы	Трудоемкость в акад. час.	Курс 1		Курс 2		
		ПА 1	ПА 2	ПА 3		
				Полугодие 1	Полугодие 2	
Аудиторная контактная работа обучающегося	792	48	180	276	288	
Самостоятельная работа (аудиторная и внеаудиторная самостоятельная работа)	1530	96	333	552	549	
Промежуточная аттестация – зачет/зачет с оценкой / зачет с оценкой	54	-	27	-	27	
Общая трудоемкость практики	час.	2376	144	540	828	864
	з.е	66	4	15	23	24
Из них на практическую подготовку.	1856	115	410	662	669	

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 80% от общей трудоёмкости практики «Клиническая практика».

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность	Перечень формируемых компетенций или индикаторов достижения компетенций *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 - 144 час.			
1.	<u>Стационар</u> Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях,	144	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	конференциях, интервьюированиях, супервизиях		
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 540 час.			
2.	<u>Стационар</u> Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры Назначение и выполнение диагностических процедур Разработка плана лечения, этапов психотерапевтической работы с пациентом Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях	513	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
	Зачет с оценкой	27	
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3 - 1692 час.			
Первое полугодие - 828 час.			
3.	<u>Внебольничная служба (психоневрологический диспансер)</u> <u>Психиатрический дневной стационар</u> Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры Участие в выполнении диагностических процедур Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях	222	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
4.	<u>Психотерапевтический кабинет</u> Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития; Ведение медицинской документации	232	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

	<p>Участие в оказании психотерапевтической помощи</p> <p>Участие в разработке плана диагностики и лечения</p> <p>Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости</p> <p>Участие в проведение психосоциальной реабилитации</p> <p>Участие в осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств</p> <p>Участие в организации и проведении санитарно-просветительной работы по профилактике психических расстройств</p> <p>Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами</p> <p>Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях.</p>		
5.	<p><u>Амбулаторное отделение</u></p> <p>Знакомство с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами</p> <p>Участие в амбулаторном приеме</p> <p>Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации, диагностических и лечебных процедурах</p> <p>Участие в разработке плана диагностики и лечения</p> <p>Участие в проведении медицинской экспертизы</p>	152	<p>УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5</p>
6.	<p><u>Психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации</u></p> <p>Знакомство с оказанием внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам</p> <p>Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития</p> <p>Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов</p> <p>Составление программы реабилитации</p> <p>Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы</p> <p>Участие в проведении психотерапии</p> <p>Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами</p> <p>Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях</p>	222	<p>УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5</p>
Второе полугодие - 864 час.			
7.	<p><u>Внебольничная служба (психоневрологический диспансер)</u></p> <p><u>Психиатрический дневной стационар</u></p> <p>Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития</p> <p>Прием и выписка пациентов</p> <p>Ведение медицинской документации</p> <p>Описание психиатрического статуса, постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, составление эпикризов на диагностические процедуры</p> <p>Участие в выполнении диагностических процедур</p> <p>Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения</p> <p>Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы</p> <p>Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости</p>	306	<p>УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5</p>

	Участие в проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях		
8.	<u>Психотерапевтический кабинет</u> Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития; Ведение медицинской документации Участие в оказании психотерапевтической помощи Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведение психосоциальной реабилитации Участие в осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств Участие в организации и проведении санитарно-просветительной работы по профилактике психических расстройств Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях.	306	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
9.	<u>Амбулаторное отделение</u> Знакомство с оказанием специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации, диагностических и лечебных процедурах Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении медицинской экспертизы	72	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
10.	<u>Психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации</u> Знакомство с оказанием внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервьюированиях, супервизиях	153	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
	Зачет с оценкой	27	
	ИТОГО:	2376	

*Перечень компетенций и формируемые профессиональные умения и навыки представлены в приложении к программе с описанием оценочных средств.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вся необходимая отчетная документация по практике, включающая дневник практики, индивидуальное задание, рабочий график, отчет о выполненной работе, отчет и характеристику от руководителя практики, оформляется согласно положениям Приказа НМИЦ им. В.А. Алмазова № 1309 «Об утверждении Положения о практической подготовке обучающихся по программам ординатуры» от 04.10.2023 г.

5.1. Оценка проверки формирования компетенций при текущем контроле:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ТЗ, ПН, ДП, ОП
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ТЗ, ПН, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПН, ДП, ОП
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ТЗ, ПН, ДП, ОП
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	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ТЗ, ПН, ДП, ОП
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	ТЗ, ПН, ДП, ОП
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ТЗ, ПН, ДП, ОП

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

5.2. Оценка проверки формирования компетенций на промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ДП, ОП, П
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ПН, СЗ, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПН, СЗ, ДП, ОП
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
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	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
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	ПН, СЗ, ДП, ОП, П
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтической медицинской помощи	ПН, СЗ, ДП, ОП, П

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет с оценкой.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится в виде зачета с оценкой, который служит для оценки работы обучающегося в течение всего периода практики и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных обучающимся теоретических и практических знаний, умений и навыков.

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится на основании заполнения дневников практики, составления отчетов по практике, оценки клинического куратора практики, представления презентации клинического случая на заседании кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным

учебным графиком. Руководитель практики от профильной организации имеет право принимать участие в формировании оценочного материала и в оценке уровня сформированности профессиональных компетенций, освоенных обучающимся во время практики.

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы:

- индивидуальный план-график;
- дневник практики;
- письменный отчет по практике
- отзыв руководителя по практике
- мультимедийную презентацию клинического случая;

Отчет по практике предоставляется обучающимся не позднее последнего дня практики.

Вся необходимая отчетная документация по практике, включающая дневник практики, индивидуальное задание, рабочий график, отчет о выполненной работе, отчет и характеристику от руководителя практики, оформляется согласно положениям Приказа НМИЦ им. В.А. Алмазова № 1309 «Об утверждении Положения о практической подготовке обучающихся по программам ординатуры» от 04.10.2023 г.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3		
Практический навык Решение ситуационной задачи Представление презентации клинического случая	ПН СЗ П	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

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.

Критерии оценивания ситуационных задач:

Оценка	Вид задания
	Решение ситуационных задач
Неудовлетворительно	Ответы неправильны или неточны. ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче и наводящие вопросы.
Удовлетворительно	Ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа. Правильно ответы на 2-3 задания, на остальные задания ответы не точны или отсутствуют
Хорошо	Ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя. Правильные ответы на большинство заданий, есть неточности в ответах на 1-2 задания
Отлично	Правильные ответы на все задания

5.3. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций (примеры):

Контрольные вопросы - (УК-1, ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6)

1. Алгоритм обследования и ведения психиатрических пациентов в стационаре.
2. Соответствие диагностических заключений в МКБ-10 и отечественной классификации невротических расстройств.
3. Понятие психогенных расстройств. Систематика психогений.
4. Неврозы. Клинические проявления. Определение невроза по Б.Д. Карвасарскому. Невротические синдромы. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов.
5. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
6. Раздел МКБ 10 F40-48: Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Практические навыки – (УК-1, ОПК-4; ОПК-5, ОПК-6, ПК-4, ПК-5)

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных психических и поведенческих расстройств.
2. Способность формулировать и выставлять диагноз в соответствии с Международной классификацией
3. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики психических и поведенческих расстройств.
4. Совместно с врачом-психотерапевтом стационара обследование и ведение пациентов.
5. Способность оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при психической и поведенческой патологии.
6. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения психических и поведенческих расстройств.
7. Проводить комплексное лечения психически больных, включая психотерапию

Ситуационные задачи - УК-1; ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4; ПК-5

Задача № 1.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациент 38 лет обратился с жалобами на пониженное настроение, ухудшение концентрации внимания, плохой сон, быструю утомляемость, снижение аппетита. Состояние ухудшилось в течение последнего полугодия.

По данным анамнеза пациент с детства вел активный образ жизни, имел множество увлечений. Хорошо характеризуется на работе. В брак вступил по любви, имеет 2х детей-подростков.

Ухудшение состояния на фоне конфликтов с женой. Наблюдалась апатия, развилась тревога перед будущим, нарушился сон, отмечалось снижение работоспособности. Перестал справляться с нагрузками в тренажерном зале, оставил тренировки. Обследовался в поликлинике, по заключению специалистов патологий не выявлено.

В кабинет зашел медленным шагом. В ясном сознании. Ориентирован во всех сферах верно. В беседу с врачом вступает легко, на вопросы отвечает правильно, иногда переспрашивает. Память снижена на недавние события, переспросил имя врача, попросил возможности записать его. Речь грамотная, несколько снижена по темпу, говорит не громко. Винит себя в сложившейся семейной ситуации, чувствует беспомощность что-либо сделать, беспокоится о работе, считает, что не справляется. Мышление несколько замедлено, без структурных нарушений. Обманы восприятия отрицает, поведением не выдает. Настроение снижено. Суицидальные мысли отсутствуют. Физиологические отправления – склонность к запорам. Сон с нарушением засыпания и ранними пробуждениями. На лечение согласен.

Задания:

1. Предположите диагноз
2. Какие дополнительные обследования должны быть назначены?
3. Определите тактику ведения пациента
4. Какие лекарственные средства являются препаратами выбора?
5. Какие формы и методы психотерапевтической работы могут быть назначены?

Эталон ответа:

Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести без психотических симптомов.

Впервые возникшая тревожно-апатическая депрессия.

На приеме должна быть проведена оценка по шкале Гамильтона для тревоги и депрессии.

Пациент направляется на экспериментально-психологическое обследование для определения особенностей личности, выявления суицидального риска.

Комплексный подход к лечению. Пациенту должен быть назначен антидепрессант.

Эффективность препарата, клиническое улучшение оценивается через 2 недели.

Длительность поддерживающего лечения составляет несколько месяцев.

Пациент направляется на индивидуальную психотерапию в когнитивно-поведенческой модели. После улучшения состояния предлагается групповой формат психотерапевтической работы. Возможно назначение семейной психотерапии, при согласии обоих супругов.

Ожидаемая эффективность лечения – уменьшение подавленности, редукция апатии, раздражительности, тревоги перед будущим, восстановление самооценки, нормализации общего состояния, восстановление трудоспособности.

Задача № 2.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 28 лет. Обратилась с жалобами на периодические неприятные ощущения в области сердца, покалывания, перебои, «кувыркания сердца», одышку.

Из анамнеза:

Наследственность отягощена сердечно-сосудистой патологией. Единственный ребенок в семье, отца не знает, воспитывалась матерью и бабушкой. Была достаточно избалована ими и имела к ним чрезмерную привязанность. Работает банковской служащей. Не замужем, избегает отношений с мужчинами. Ведет «здоровый образ жизни, не курит, алкоголь не употребляет». По заключению медосмотра патологии не выявлено.

Когда пациентке было 15 лет, бабушка умерла от сердечного приступа. Данную ситуацию перенесла крайне тяжело, ощущала чувство одиночества. На этом фоне возник первый криз в виде сосудистого приступа. С этого периода стала тщательно следить за своим здоровьем, особенно за работой сердца. Также требовала от матери, чтобы она постоянно обследовалась. Несмотря на молодой возраст и необходимость работать сверхурочно, избегала любых физических нагрузок, отказывалась от сверхурочной работы. Ухудшение состояния связывает с стрессом «напряженными отношениями с соседями».

В беседе адекватна, заинтересована, несколько взволнована. Выглядит современно, аккуратная прическа, макияж, маникюр. Активно использует жестикуляцию. Предъявляет многочисленные жалобы, старательно описывает их, рассказывает о проведенных обследованиях. Мышление без структурных нарушений. Бреда не высказывает. Настроение ближе к ровному. Ищет помощи. По поводу отношений с мужчинами отметила, что избегает сексуальных контактов, т.к. ощущает, как «учащается сердцебиение», и это «может привести к развитию инфаркта миокарда». При осмотре: грацильного телосложения, выявляются признаки вегетативной лабильности. АД 125/78 мм.рт.ст., ЧСС 90. Температура тела 36,6 С.

Задания:

1. Предположите диагноз
2. Какие дополнительные обследования должны быть назначены?
3. Определите тактику ведения пациента, необходимость лекарственной терапии, психотерапии.

Эталон ответа:

Диагноз: Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы.

Заболевание возникло у личности с симбиотическими отношениями. Данное расстройство сформировалось под влиянием сенсibiliзирующих обстоятельств – психотравмирующая разлука с бабушкой (ее смерть).

Пациент направляется на экспериментально-психологическое обследование для определения особенностей личности.

Из лекарственных средств показаны препараты с вегетостабилизирующим, транквилизирующим действием. Показаны занятия ЛФК, санаторно-курортное лечение.

В процессе психотерапии устанавливается доверительный контакт с психотерапевтом. Показана групповая психотерапия, интегративная индивидуальная психотерапия.

Оценочные средства по практике (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 практики

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

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.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 практике:

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.prof-y-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

6.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

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 (www.rosminzdrav.ru)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.3. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения практики:

Основная литература:

1. Соколова, Е. Т. Психотерапия: учебник и практикум для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 359 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/513590>
2. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html>
3. Шарапов, А. О. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии: практическое пособие / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Профессиональная практика). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518577>
4. Ромек, В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / В. Г. Ромек. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 192 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/515451>
5. Залевский, Г. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518572>
6. Дереча, В. А. Психотерапевтическая пропедевтика: учебник для вузов / В. А. Дереча. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 294 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/520277>

Дополнительная литература:

1. Абабков, В. А. Персонифицированная психотерапия / Абабков В. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 352 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438091.html>
2. Детская и подростковая психотерапия: учебник для вузов / Е. В. Филиппова [и др.]; под редакцией Е. В. Филипповой. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 432 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/511157>
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Ю. А. Александровский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461754.html>
4. Рачин, А. П. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html>
5. Мелехин, А. И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна / Мелёхин А. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 496 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455050.html>
6. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-

Медиа, 2021. - 552 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462980.html>

7. Шевченко Ю.С. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Шевченко Ю.С. - Москва: МИА, 2018. - 504 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/28299>
8. Соколова, Е. Т. Психоаналитическое направление в психотерапии: учебник для вузов / Е. Т. Соколова. — 5-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 139 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/532194>
9. Шарапов, А. О. Технологии психологического консультирования: учебное пособие для вузов / А. О. Шарапов, О. В. Матвеев. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 178 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518403>
10. Фесенко, Ю. А. Детская и подростковая психотерапия: невроты у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, В. И. Гарбузов. — 2-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/516672>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

- Методические материалы для подготовки и обучению по практике «Производственная (клиническая) практика» для специальности 31.08.22 Психотерапия, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Организация практики осуществляется на основании договоров с профильными организациями, которые располагают 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 практикой, а также деятельность которых соответствует профессиональным компетенциям, осваиваемым в рамках образовательной программы.

Для проведения практики «Клиническая практика» используются специальные помещения с материально-техническим и учебно-методическим обеспечением:

Специальные помещения и подразделения медицинской организации для самостоятельной работы по освоению программы практики и текущего контроля, оснащенные медицинским оборудованием.

Учебная аудитория для промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для проверки практических навыков.

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 ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Клиническая практика» соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.22 Психотерапия.

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

Освоение практики «Клиническая практика» 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 практики «Клиническая практика» 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 практики «Клиническая практика» обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
ПО ПРАКТИКЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

Специальность ординатуры	31.08.22 Психотерапия
Направленность	Психотерапия
Квалификация (степень) выпускника:	Врач - психотерапевт
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

№ п/п	Наименование раздела (темы) практики	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 – 144 час.			
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			
1	Обучение ведению пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 540 час.			
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			
1	Ведение пациентов психиатрического, психотерапевтического профиля в общепсихиатрических, психосоматических и иных отделениях Прием, маршрутизация и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Разработка плана лечения, этапов психотерапевтической работы с пациентом Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания, реабилитации		
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Назначение и выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
Второй год обучения 1692 час.			
Первое полугодие - 828 час.			
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ СЛУЖБА (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР)			
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР			
1	Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Участие в разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ			
1	Обучение амбулаторному психотерапевтическому приему пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития;	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в назначении и выполнении диагностических процедур Участие в назначении лечения	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Участие в проведении психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания		
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ			
1	Обучение оказанию внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Обучение ведению медицинской документации Обучение писанию психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Участие в проведении психотерапии Участие в оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
АМБУЛАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ			
1	Обучение оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3	СЗ, КВ, ПН, ДП, ОП
2	Участие в разработке плана диагностики и лечения Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
Второй год обучения			
Второе полугодие – 864 час.			
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ СЛУЖБА (ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР)			
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР			
1	Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9,	СЗ, ПН, ДП, ОП

	стадии ремиссии или имеющим риск их развития Прием и выписка пациентов постановка клинического диагноза, шифрование по МКБ, составление этапных эпикризов, Разработке плана диагностики и лечения, этапов психотерапевтического лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Составление эпикризов на диагностические процедуры Выполнение диагностических процедур	УК-1, ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях, интервизиях, супервизиях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ			
1	Участие в амбулаторном психотерапевтическом приеме пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития;	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Ведение медицинской документации Написание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Разработка, назначения и выполнении диагностических процедур Разработка плана лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы Участие в психотерапевтической, психокоррекционной работе Участие в проведении психотерапии в сочетании с лекарственной терапией и другими методами лечения при необходимости Проведение психосоциальной реабилитации Коммуникация с пациентом по программам здорового образа жизни, составление программы профилактики заболевания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ДЛЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ			
1	Участие в оказании внебольничной реабилитационной помощи психиатрическим пациентам Ведение пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации и иными психическими расстройствами в подострой стадии и стадии ремиссии или имеющим риск их развития Участие в мультидисциплинарном бригадном взаимодействии специалистов Составление программы реабилитации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4	СЗ, ПН, ДП, ОП

	Участие в проведении медицинской и медико-социальной экспертизы		
2	Ведение медицинской документации Описание психиатрического статуса	ОПК-4, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
3	Проведении психотерапии Оказание мер психологической поддержки членам семей лиц, страдающих психическими расстройствами	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗПН, ДП, ОП
4	Участие в проведении клинических разборов, демонстрациях, конференциях	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, ДП, ОП
АМБУЛАТОРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ			
1	Участие в оказании специализированной медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами Участие в амбулаторном приеме Участие в приеме пациентов, организации маршрутизации	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3	СЗ, ПН, ДП, ОП
2	Разработка плана диагностики и лечения Проведении медицинской и медико-социальной экспертизы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-4, ПК-5	СЗ, ПН, ДП, ОП

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, П-презентация, ДП — дневник практики, О — отчет по практике*

1. В результате освоения рабочей программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции:

Универсальные компетенции:

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

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

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

Общепрофессиональные компетенции

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

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 и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

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

Профессиональные компетенции

ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

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

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

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате освоения рабочей программы практики

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК 1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: -методы получения и анализа информации о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; -пациент-ориентированный, персонализированный подход в современной медицине; -роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; -современные направления развития психотерапии, новые технологии в области медицины и фармации по диагностике и лечению пациентов; -возможности пациент-ориентированного, персонализированного подхода в современной медицине; Умеет: -выбрать, получить и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации; -использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача-психотерапевта; -излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально-этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов, получать и анализировать информацию о современных направлениях развития психотерапии, новых технологиях и достижениях в области медицины и фармации.	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и	Знает: знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ–	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для

младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Умеет: руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.	шкала оценивания 2	промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Знает: основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон Умеет: применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знает: - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико- статистических показателей Умеет: - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Отбирать, систематизировать и использовать медико- статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знает: -анатомическое строение центральной и периферической нервной системы, строение оболочек и сосудов мозга -основные физикальные методы обследования нервной системы -основные психотерапевтические методы -основы диагностики психических заболеваний -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 -основные жалобы при психических расстройствах и заболеваниях особенности	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП
		Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

	<p>сбора анамнеза у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе у пациентов с речевыми и когнитивными нарушениями - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) при психических заболеваниях - исследовать и интерпретировать психотерапевтический 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 		
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - связанные с ней вопросы организации работы скорой и неотложной помощи; организацию помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами; показания к различным формам оказания психиатрической/психотерапевтической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; различные способы лечения психических и поведенческих расстройств: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое; современные стандарты лечения психических и поведенческих расстройств и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии психических и поведенческих расстройств (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - немедикаментозные методы лечения психических и поведенческих расстройств 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

	<p>(психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторнокурортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов</p> <ul style="list-style-type: none"> - общую психотерапию и частные виды психотерапии, применяемые при психических и поведенческих расстройствах; - основные принципы фито и рефлексотерапии в психиатрии; - принципы и методы реабилитации больных с психическими расстройствами. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение, реабилитация); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при психических и поведенческих расстройствах с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии - пользоваться методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ; - определить показания и противопоказания к назначению психически больному фито, рефлекс, психотерапии; - проводить психотерапевтическое лечение (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и другие методы); - проводить работу с семьей и близким окружением психически больного, провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение. 		
<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях - Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов при заболеваниях и (или) состояниях психики - Методы медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

или абилитации инвалидов	<p>результате мероприятий реабилитации пациентов при психических заболеваниях</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам при психических заболеваниях и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов при психических заболеваниях 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 при психических заболеваниях 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) - Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов при психических заболеваниях - Выявлять эмоциональные расстройства и выполнять их коррекцию у пациентов при психических заболеваниях на всем протяжении выполнения реабилитационных программ 		
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное психическими заболеваниями, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов - требования к оформлению медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы пациентов при психических заболеваниях - Порядок выдачи листов нетрудоспособности <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, при 	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ– шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

	<p>психических заболеваниях нахождение медико-социальной экспертизы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного психическими заболеваниями - Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части, касающейся наличия и (или) отсутствия психических заболеваний - Определять признаки временной нетрудоспособности, обусловленной заболеваниями и (или) состояниями нервной системы 		
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основы здорового образа жизни, методы его формирования - Формы и методы санитарно-просветительной работы среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики психических заболеваний - факторы риска развития основных психических заболеваний и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ - первичную и вторичную профилактику основных психических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике психических заболеваний - Проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических психических заболеваний, основных факторов риска их развития - Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими психическими заболеваниями 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП</p>
<p>ОПК-9. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Психотерапия" <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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" 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: ПН, ДП, ОП, П</p>
<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях,</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной</p>

<p>требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>экстренной медицинской помощи Клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Алгоритм оказания помощи психиатрическим пациентам при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента - Перечень лекарственных препаратов, используемых при оказании экстренной помощи при заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести осмотр пациента с клиническими признаками состояний, представляющих угрозу жизни пациента и требующих оказания экстренной медицинской помощи - Применять лекарственные препараты при оказании медицинской помощи в экстренной форме <p>Оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий</p>	<p>оценивания 2</p>	<p>аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП</p>
--	--	---------------------	-----------------------------------

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
<p>ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>Знает: нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации.</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы организации труда- порядок ведения учетно- отчетной документации <p>Умеет: использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: СЗ, ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>
<p>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</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - особенностей формирования психического расстройства - порядок проведения дифференциальной диагностики - формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней - критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса - современные методы плана лабораторных методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его - как правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни психического больного 	<p>Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2</p>	<p>Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П</p>

здоровьем	<ul style="list-style-type: none"> - современные критерии выбора наиболее информативного способа лабораторной диагностики развивающегося патологического процесса; - обоснования назначения необходимого лабораторно-инструментального исследования - критерии формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - опросить больного и получить наиболее достоверные сведения о психическом заболевании - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов с психиатрическим заболеванием в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания; - оценить данные параклинических методов исследования при диагностике патологического процесса и определении его активности - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания - обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований - провести дифференциальную диагностику психического заболевания поставить и обосновать окончательный диагноз - 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; - выявления характерных признаков и особенностей симптомов и синдромов психических расстройств - выявления особенностей формирования психического расстройства - проведения дифференциальной диагностики формулировки диагноза при психических расстройствах в соответствии с требованиями международной классификации болезней - выявить характерные признаки имеющегося психического заболевания - установить диагноз пациенту с психиатрическим заболеванием с учетом действующей МКБ 		
ПК-5. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психотерапевтичес	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - как разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии - обосновать показания к назначению больному психотропных средств - разработать схему обоснованного 	Для ПН – шкала оценивания 1, Для СЗ – шкала оценивания 2	Для текущего контроля: ПН, ДП, ОП Для промежуточной аттестации: СЗ, ПН, ДП, ОП, П

кой медицинской помощи	восстановительного, поддерживающего и противорезидивного лечения - 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 - как организовать лечение психических больных, в том числе беременных женщин, лиц молодого и пожилого возраста с учетом современных данных Умеет: - назначить общую психотерапию и частные виды психотерапии психических расстройств; - назначить современные методы лечения при психических расстройствах; - провести комплексное лечение больного психиатрического профиля, включая психокоррекцию, с учетом психопатологического и соматического состояния пациента - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания - провести, с учетом современных данных, лечение психических больных - женщин, лиц молодого и пожилого возраста		
------------------------	---	--	--

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы:

1. Индивидуальный план-график.
2. Дневник практики
3. Отчёт по практике

Дневник практики является основным отчетным документом учета учебного времени при прохождении практики обучающегося по программе ординатуры. В дневнике отражается объем проделанной работы за каждую неделю, отдельно приводятся диагнозы наиболее интересных пациентов, по желанию – кратким анализом клинического случая, выполненные манипуляции. Дневник практики должен регулярно проверяться и подписываться руководителями практики.

В конце каждого отчетного периода (на промежуточную аттестацию) обучающийся по программе ординатуры представляет сводные данные о проделанной работе (Сводный отчет о выполненной работе)

Рабочий график (план) оформляется отдельно для каждой базы практики, где ординатор проходит практику.

Шкала оценивания подготовки к промежуточной аттестации

№	Показатели оценки результатов практики	Критерии оценки	Оценка
1.	ДНЕВНИК (проверяемые компетенции УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2,	Дневник не представлен	0
Дневник не написан		0	

	ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Дневник поверхностный, формальный	3
		Дневник полностью отражает работу обучающегося, но в нем нет анализа работы, положительных и отрицательных моментов, необходимости для будущей работы	4
		Дневник полностью отражает объем работы обучающегося на практике с её анализом.	5
2.	ОТЧЕТ проверяемые компетенции: ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Оцениваются данные цифрового и текстового отчета по практике	Итоговая оценка непосредственного руководителя
3.	ХАРАКТЕРИСТИКА (проверяемые компетенции УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Оценивается профессиональная деятельность обучающегося во время практики и уровень освоения компетенций	Итоговая оценка непосредственного руководителя

Шкала и критерии оценивания практических навыков № 1

Оценка	Вид задания
	Демонстрации практических навыков при текущем контроле
Неудовлетворительно	Грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.
Удовлетворительно	Демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.
Хорошо	Демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции
Отлично	Демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

Шкала и критерии оценивания результатов № 2

Оценка	Вид задания
	Решение ситуационных задач
Неудовлетворительно	Ответы неправильны или неточны. ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче и наводящие вопросы.
Удовлетворительно	Ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа. Правильно ответы на 2-3 задания, на остальные задания ответы не точны или отсутствуют
Хорошо	Ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя. Правильные ответы на большинство заданий, есть неточности в ответах на 1-2 задания
Отлично	Правильные, обоснованные ответы на все задания

Шкала и критерии оценки освоения компетенций № 3

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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 практике: зачет с оценкой.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 2		
Практический навык Решение ситуационной задачи	ПН СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5
Промежуточная аттестация № 3		
Практический навык Решение ситуационной задачи Представление презентации клинического случая	ПН СЗ П	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5

**Оценочные средства: СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, ДП-дневник практики, ОП-отчет по практике, П-презентация*

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень отрабатываемых практических навыков

Для подготовки к ПА № 1

Проверяемые компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4.

1. Сбор психиатрического анамнеза
2. Сбор психотерапевтического анамнеза
3. Оценка наличия/отсутствия нарушений состояние сознания, ориентировки
4. Оценка наличия/отсутствия нарушений контакта, речи и внимания
5. Оценка наличия/отсутствия нарушений мышления
6. Оценка наличия/отсутствия нарушений ощущения и восприятия
7. Оценка наличия/отсутствия нарушений эмоциональной сферы
8. Оценка наличия/отсутствия нарушений опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия)
9. Оценка наличия/отсутствия нарушений памяти и интеллекта
10. Выявление в процессе обследования больных симптомов расстройств психической деятельности
11. Квалификация синдромов выявленных расстройств
12. Проведение нозологической диагностики психических больных
13. Выстраивание психогенеза невротического расстройства Формулирование

психотерапевтической гипотезы

14. Составление плана клинического обследования больного
15. Составление плана медикаментозного лечения
16. Составление плана немедикаментозного лечения
17. Составление плана психотерапевтического лечения
18. Формулирование диагноза в соответствии с МКБ
19. Проведение психотерапевтической консультации
20. Составление плана проведения психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
21. Составление плана проведения психообразовательного программы для пациентов
22. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.
23. Оказание неотложной помощи при основных психических расстройствах.

Для подготовки к ПА № 2

Проверяют компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение стандартного клинико-психопатологического обследования больного.
2. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний
3. Постановка диагноза в соответствии с МКБ.
4. Описание психический статус пациента.
5. Сбор психотерапевтического анамнеза.
6. Проведение диагностики пациента для психотерапии.
7. Выявление показаний и противопоказаний для проведения психотерапии у обследуемого пациента.
8. Назначение психотерапии.
9. Назначение психофармакотерапии в сочетании с психотерапией.
10. Работы с сопротивлением при психотерапии.
11. Работы с мотивацией при психотерапии.
12. Определение реабилитационного потенциала.
13. Отбор пациентов в групповую психотерапию.
14. Отбор пациентов на индивидуальную психотерапию.
15. Проведение психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
16. Проведение психообразовательного занятия для пациентов.
17. Проведение психотерапевтической консультации
18. Создание групповой сплоченности на групповой психотерапии.
19. Создание группового напряжения на групповой психотерапии.
20. Работа с трудными пациентами на групповой психотерапии.
21. Работа с техниками телесно-ориентированной психотерапии в групповой психотерапии.
22. Техника корригирующей рекапитуляции первичной семейной группы в групповой психотерапии.
23. Демонстрация навыка семейной психотерапии.
24. Работа с терапией средой.
25. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.

Для подготовки к ПА № 3 (первое полугодие)

Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний тревожно-депрессивного круга.
2. Назначение и выписка рецептов на лекарственные, включая препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам
3. Проведение диспансеризации больных.
4. Заполнение формы направления для проведения медико-социальной экспертизы.
5. Отбор пациента для представления на заседание мультидисциплинарной команды (бригадный разбор).
6. Проведение кризисной психотерапевтической интервенции.
7. Диагностика и психотерапия пациентов с тревожными расстройствами.
8. Диагностика и психотерапия пациентов с фобическими расстройствами.
9. Диагностика и психотерапия пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами.
10. Диагностика и психотерапия пациентов с неврастенией.
11. Диагностика и психотерапия пациентов с эмоциональным выгоранием.
12. Диагностика и психотерапия пациентов депрессивными расстройствами.
13. Диагностика и психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами.
14. Диагностика и психотерапия пациентов с диссоциативными и конверсионными расстройствами.
15. Диагностика и психотерапия пациентов с аддиктивным поведением.
16. Диагностика и психотерапия психических расстройств при психосоматических заболеваниях.
17. Диагностика и психотерапия психических расстройств при зависимостях.
18. Демонстрация навыка супервизии в психотерапии

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 1

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10, ПК-4.

1. Сбор психиатрического анамнеза
2. Сбор психотерапевтического анамнеза
3. Оценка наличия/отсутствия нарушений состояние сознания, ориентировки
4. Оценка наличия/отсутствия нарушений контакта, речи и внимания
5. Оценка наличия/отсутствия нарушений мышления
6. Оценка наличия/отсутствия нарушений ощущения и восприятия
7. Оценка наличия/отсутствия нарушений эмоциональной сферы
8. Оценка наличия/отсутствия нарушений опасных тенденций (суицидальные мысли/поведение, агрессия, аутоагрессия)
9. Оценка наличия/отсутствия нарушений памяти и интеллекта
10. Выявление в процессе обследования больных симптомов расстройств психической деятельности
11. Квалификация синдромов выявленных расстройств
12. Проведение нозологической диагностики психических больных
13. Выстраивание психогенеза невротического расстройства

14. Формулирование психотерапевтической гипотезы
15. Составление плана клинического обследования больного
16. Составление плана медикаментозного лечения
17. Составление плана немедикаментозного лечения
18. Составление плана психотерапевтического лечения
19. Формулирование диагноза в соответствии с МКБ
20. Проведение психотерапевтической консультации
21. Составление плана проведения психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
22. Составление плана проведения психообразовательного программы для пациентов
23. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.
24. Оказание неотложной помощи при основных психических расстройствах.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ОПК-9, ПК-4, ПК-5

Для каждой задачи кроме ответов на вопросы необходимо подобрать код по действующей МКБ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Больная И., 27 лет была доставлена в клинику психиатрии родственниками. В момент беседы больная плачет, фиксирована на стрессовой ситуации, которую перенесла несколько дней назад – факт супружеской неверности мужа, свидетелем чего она стала. Больная заявляет, что «верить теперь никому нельзя», что перенесенная психотравмирующая ситуация «так и стоит перед глазами».

Из анамнеза: больная росла в семье с жесткими нравственными устоями, за малейшие неуспехи в школе, факт посещения школьных дискотек, ее жестоко наказывали. Правила поведения в семье диктовались в основном отцом. Окончила школу, институт, по специальности не работает. Замужем в течение 5 лет, воспитывает 2-х детей – мальчиков, 5 и 7 лет. Отношения в семье носили, как считает больная, ровный характер, при этом муж всегда выполнял все поручения.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, настроение сниженное, больная плачет, негативно настроена к беседе, считает, что «ей никто не может помочь». Расстройств восприятия нет, мышление последовательное, нормальное по темпу и стройности ассоциативного процесса. Продуктивных расстройств мышления нет, суицидальные мысли не высказывает.

Вопрос:

1. Расскажите возможные варианты оказания психотерапевтической помощи. Какие имеются правовые акты и ограничения в действиях врача-психотерапевта в отношении пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

К врачу-психиатру-психотерапевту 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:

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо назначить и провести врачу?
2. Какой психопатологический синдром описан в задаче?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Пациент К., 24 г., доставлен в отделение психиатрического стационара специализированной бригадой скорой помощи. При поступлении жалобы, адекватные состоянию, не предъявляет. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за негативного отношения пациента. По данным специализированной бригады скорой медицинской помощи и из беседы с родителями известно, в течение 3 месяцев изменилось поведение: стал подозрителен, заметил, что за ним «следят», «пытаются сглазить». Через некоторое время стал замкнут, нарушился ночной сон. В сновидениях «видел слова, но не мог понять их смысл», также беспокоили сны эротического содержания. Стал рисовать замысловатые геометрические фигуры, рисунки непонятного содержания. Утверждал родителям, что его мозг «как будто кто-то съедает». Последние дни и недели крайне агрессивен к родителям, угрожал им физической расправой. Ежедневно выходил на перекресток улиц рядом с домом и подолгу там стоял, свое поведение никак при этом не объяснял. Во время беседы с врачом закрывал глаза, к чему-то прислушивался, что-то шептал. При осмотре: сознание не помрачено. Продуктивному контакту не доступен. Напряжен, подозрителен. Крайне негативистичен. Ответы на вопросы формальные, односложные, часто не по существу заданного. Настроение снижено. В дальнейшем из бесед с врачом стало известно, что в течение 5-6 месяцев больной слышит 2 незнакомых «голоса», звучащие «внутри головы». Отношение к «голосам» однозначно определить не может: «да, они предупреждают меня и помогают мне, но делают это для своих целей, каких – не знаю». Свое поведение перед госпитализацией объясняет «приказами этих голосов»: «выйди на перекресток и от тебя отстанут», «ты можешь защитить себя». Уверен, что «стал жертвой какого-то эксперимента», «все это с самого начала было подстроено». Больным себя не считает, критика к своему состоянию отсутствует. На фоне проводимого лечения нейролептиками отмечено существенное редуцирование описанной симптоматики.

Вопросы:

1. Какие именно варианты антипсихотической терапии возможны в показаниях к лечению?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

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 лечение пролонгированным препаратом галоперидол-деcanoат в дозе 2 мг 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. В чем может проявляться нейролепсия и при каких препаратах?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

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 спастись 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

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 философские 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

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

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его

разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

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

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

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

— Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?

— 40, или, может быть, 30.

— Так Вы еще молодой человек?

— Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!...

— А какой сейчас у нас год?

— Наверное, 1961...

— Сколько будет, если к 12 прибавить 8?

— Наверное, 10.

— Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?

— Я дома, у себя в избе.

— Как Вас здесь кормят?

— Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!..

Вопрос:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Из беседы с пациентом: «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 Семенову 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:

1. К какому виду расстройства мышления относится данный клинический пример речи больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет. У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад-вперед. Порой делает попытки встать, держась за край кровати, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например, даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жесты и интонаций. Обычно издает только мычание,

но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью нянечки, на которую никак не реагирует, неопытна при мочеиспускании и дефекации.

Вопросы:

1. Опишите основные расстройства

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

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. Контакт доступен. 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

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 последующем 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

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 пристаёт 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

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

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых

глазах видит различных животных – рака, скорпиона и т. п. Требуется немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т.п.

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Назовите синдром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

В психиатрическое отделение была доставлена гражданка В., 27 лет, после того как она пыталась выбраться из окна. Позже С. объяснила свой поступок тем, что это не она стремилась совершить суицидную попытку, а ее «принуждали» к этому: «двигали» ее ногами, «открывали» окно ее руками и ее «действиями» хотели ее выбросить. Кроме того, С. заявила, что ей «подсовывают» мысли в голову, «управляют» ее настроением, чувствами тепла и холода, голода и сытости и т.д. Помимо этого в голове «звучат» голоса, чаще неопределенного характера, которые комментируют все ее действия. Больная уверена, что эти голоса – тоже «дело рук» тех, кто так ловко ею «манипулирует», «они» ее полностью подчинили и теперь «используют» в своих целях. С. также утверждает, что обладает способностью узнавать мысли окружающих, правда и сама она полностью «открыта», поэтому ее мысли известны всем вокруг.

В анамнезе у больной неоднократные обращения к психиатру по поводу обсессивно-фобического невроза. Кроме того, отец С. стоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «патологическое развитие личности», поставленном ему при комиссации из рядов ВС в период прохождения срочной службы.

Вопросы:

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

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

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

Вопросы:

1. Определите ведущие симптомы;
2. Назовите синдром

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

Больной В., 18 лет, предъявил жалобы на вспыльчивость, раздражительность, конфликтность, неустойчивое настроение. Воспитывался по типу гиперопеки. Отец злоупотреблял алкоголем, был жестоким, властным, часто конфликтовал в семье. Обследуемый с детства был вспыльчив, груб, не мог себя сдерживать. В школе часто нарушал дисциплину, имел неудовлетворительные оценки по поведению. Рано начал курить, употреблять алкоголь, часто убегал из дома, время проводил в уличных компаниях, участвовал в драках, попадал в милицию. На работе с трудом адаптировался к регламентируемым условиям, тяготился требованиями начальства, грубил и пререкался, считал, что к нему предвзято относятся. На замечания реагировал болезненно, угрожал расправой. Во время стационарного обследования не уживался с больными, не подчинялся медицинскому персоналу, был эмоционально лабилен, на замечания отвечал аффективными вспышками. Заявлял, что если его выпишут в часть, то он что-нибудь с собой сделает. Рассказал, что дома во время ссоры ударил брата отверткой в лицо. Психотических расстройств не обнаруживал, коррекции поддавался с трудом.

Вопросы:

1. Клинические симптомы и синдромы опишите

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

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 «Гарзаном», 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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

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?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)»

Вопрос:

1. Для обеспечения функций психоневрологического диспансера по оказанию психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях рекомендуется предусматривать в его структуре какие подразделения?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 2

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Проверяют компетенции: УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение стандартного клинико-психопатологического обследования больного.
2. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний
3. Постановка диагноза в соответствии с МКБ.
4. Описание психический статус пациента.
5. Сбор психотерапевтического анамнеза.
6. Проведение диагностики пациента для психотерапии.
7. Выявление показаний и противопоказаний для проведения психотерапии у обследуемого пациента.
8. Назначение психотерапии.
9. Назначение психофармакотерапии в сочетании с психотерапией.
10. Работы с сопротивлением при психотерапии.
11. Работы с мотивацией при психотерапии.
12. Определение реабилитационного потенциала.
13. Отбор пациентов в групповую психотерапию.
14. Отбор пациентов на индивидуальную психотерапию.
15. Проведение психологическо-просветительной беседы среди больных по укреплению здоровья и профилактике психических заболеваний, нарушений семейного функционирования, нарушений социальной адаптации
16. Проведение психообразовательного занятия для пациентов.
17. Проведение психотерапевтической консультации
18. Создание групповой сплоченности на групповой психотерапии.
19. Создание группового напряжения на групповой психотерапии.
20. Работа с трудными пациентами на групповой психотерапии.
21. Работа с техниками телесно-ориентированной психотерапии в групповой психотерапии.

22. Техника корригирующей рекапитуляции первичной семейной группы в групповой психотерапии.
23. Демонстрация навыка семейной психотерапии.
24. Работа с терапией средой.
25. Подготовка презентации клинического случая для профессорского разбора.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9.2; ОПК-10; ПК-4; ПК-5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Больной 23 года, студентка педагогического института. Анамнез: отец умер молодым во время несчастного случая, мать умерла в 55 лет от рака желудка. Больная раньше ничем не болела, хорошо училась в школе, поступила в институт. По характеру очень застенчивая, обидчивая, склонна к слезам, любит уединение, много читает, пишет стихи; друзей не имеет, замкнутая. Обучение в институте успешное, старательна, много занимается, живет на частной квартире.

Несколько месяцев тому назад перенесла грипп с высокой температурой и три дня лежала в постели. После этого долго не проходила слабость, утомляемость. В течение последних 2-х месяцев испытывает неприятные переживания: хозяйка обвинила ее в краже денег, чем была оскорблена, хотела уйти от хозяйки, но побоялась, что та примет это за бегство и признание в воровстве; отношения усложнились, не разговаривала с хозяйкой. В тоже время приходилось много заниматься в связи с экзаменами, не досыпала, плохо питалась. Накануне последнего экзамена совсем не спала, пошла сдавать экзамены с сильной головной болью. Взяв билет, решила, что ничего не знает, отвечать отказалась. Ей предложили прийти на следующий день. На завтра перед дверью экзаменационной комнаты у нее возник страх, сердцебиение, мысли, что она может умереть, боялась двигаться, не могла переступить порог. Держась за сердце, ушла домой. Дома испытывала общее недомогание, усталость. Не давали покоя мысли о тяжелой болезни сердца, щупала пульс, казалось, что сердце останавливается. Несколько дней лежала в постели, не было сна, думала о болезни. Щадила себя, не выходила на улицу, просила соседку вызвать врача, но врачи не находили у нее болезни сердца. Врачом направлена в психотерапевтический центр.

Психический статус: Больная правильно ориентирована, охотно говорит о своей болезни и подробно ее описывает. Расстроена тем, что не сдала экзамены, боится, что не сможет дальше учиться, говорит об этом плача. При чтении книг не может сосредоточиться, перечитывает страницы по 2 – 3 раза, не может переносить яркого света в комнате, звуков радиоприемника, устает. Все время говорит о болезни сердца, думает, что врачи недостаточно внимательны, щупает у себя пульс, почти не спит. С окружающими охотно общается, беседы с ними ее развлекают – она отвлекается от мыслей о своем сердце.

Заключение психолога: выявляется замедленность, тугоподвижность психических процессов, выраженная истощаемость по гиперстеническому типу, трудность концентрации, распределения и переключения внимания, снижение показателей мнестической функции, выявленное при механическом и опосредованном запоминании, сниженный фон настроения, пессимистическую оценку своих перспектив, низкую самооценку, недоверчивость, ригидность установок.

В соматическом и неврологическом статусах отклонений не выявлено. В процессе лечения транквилизаторами и в результате психотерапии состояние заметно улучшилось, стала

спокойнее, ночами спит без пробуждений, меньше думает о болезни, читает, ходит на прогулки, собирается заниматься по специальным предметам.

Вопросы к задаче: 1) какие законодательные акты регулируют права пациента 2) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент и в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

2. Больная Ш., 20 лет обратилась с жалобами на нарушение сна, снижение аппетита, тревогу, чувство собственной неполноценности, острое чувство одиночества, невозможность наладить отношения с окружающими из-за страха быть осмеянной, неприязнь к себе, раздражительность, вспыльчивость, тяжесть в голове, эпигастральной области, периодически возникающую тошноту, ухудшение памяти.

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье из двух детей, младшей сестре 16 лет. Беременность и роды матери проходили без особенностей. Со слов больной наследственность психопатологически не отягощена. Росла и развивалась нормально, от сверстников в развитии не отставала. Воспитывалась родителями. В школу пошла 7 лет, училась хорошо, окончила 11 классов, затем, поступила в университет.

Больная сформировалась замкнутой, пугливой и мнительной. Из-за косметического дефекта носа в школьные годы подвергалась травле со стороны сверстников. Сменила много школ по причине частых переездов, связанных со службой отца. В каждой новой школе больная самостоятельно стала занимать избегающую позицию, отгораживаться от социума, и в то же время она остро чувствовала необходимость в общении, участии в общественной жизни, сильным желанием больной было занять место лидера. Все время много читала, пыталась анализировать героев, старалась вынести полезное для себя, чтение приносило определенное облегчение. Родителям больная свои переживания не раскрывала по причине малого взаимопонимания.

Во время обучения в университете стала еще больше чувствовать страх перед общением с окружающими, страх быть осмеянной из-за собственной некрасивости, который стремилась подавить, разобраться в его причинах. Мысли покончить с собой появились около 3 лет назад, но, как отмечает больная, нежелание причинить боль родителям останавливает ее. В последнее время чувство собственной некрасивости, страх быть осмеянной, страх общения с окружающими достиг такого уровня, что больная не смогла ответить на простые вопросы на последнем экзамене. В связи с ухудшением состояния больная приняла решение госпитализироваться в психиатрическую клинику.

Психопатологический статус: сознание не нарушено, ориентирована верно, поведение упорядоченное. В беседу вступает легко, правильно отвечает на вопросы. Речь выразительная, хорошо модулированная, мимика живая, соответствовала переживаниям больной. Грубых интеллектуально-мнестических нарушений нет. Мышление последовательное, несколько замедленное, без структурных нарушений. Суждения глубокие. Обманов восприятия и бреда не выявляет. Настроение снижено, эмоциональный фон неустойчивый, тревожна. Двигательных нарушений нет.

Вопрос:

1. Определите психопатологический синдром, имеющиеся у больной
2. Назовите психотерапевтические и социо-психологические аспекты в терапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

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:

1. Какой синдром наблюдается у больной?
2. В психодинамическом подходе тактика психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

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. Тип конфликта по В.Н. Мясищеву

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

Больной И., 30 лет, капитан 3 ранга. 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 Нахимовском училище неоднократно перед экзаменами «испытывал сильное волнение, сопровождавшееся выраженным мышечным тремором». После военно-морского училища проходил службу на различных должностях, по службе продвигался успешно, 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 командованием, испытывал трудности в исполнении своих служебных обязанностей, снизилась работоспособность. Во время госпитализации заявил, что тяготится службой, был настроен на увольнение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие факторы способствовали развитию болезни?
3. При каких условиях, на Ваш взгляд, может произойти значительное улучшение в течении заболевания с позиций КПТ?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла

замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легковозбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсокоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

Больная П., 1954 г.р. Поступила с жалобами на внутреннюю тревогу, плаксивость, страх за сыновей, мужа, «ком в глотке, сдавливающий обруч на голове», раздражительность, нарушение засыпания, снижение аппетита, несобранность, рассеянность, трудность сосредоточиться, чувство брошенности.

Считает себя больной с начала прошлого года. В новогоднюю ночь старший сын знакомится с замужней женщиной, имеющей дочь, добивается ее развода, переезжает в ее квартиру и сожительствует с ней. Больная впервые видит сожительницу сына, когда та приходит к ним домой с известием об аппендектомии сына, с этого момента больная начинает активно противодействовать намечающемуся союзу, но безуспешно – «подрывается здоровье». В начале стала беспокоить тревога за сына и трудности с засыпанием – «рой мыслей не дает уснуть», затем «апатия – ничего не хочется делать», появляется чувство «кома в глотке, сдавливающего обруча на голове». В конце весны решила себя «подстегнуть» – приняла контрастный душ, цели не достигла, но сильно простудилась. Начала ходить по врачам, стала очень мнительной – прислушивалась ко всем услышанным ею случайно словам, даже не в ее адрес, переносить на себя, давать негативную оценку, но при соответствующем разъяснении, разубеждении с аргументацией соглашалась и начинала с критикой относиться к своим недавним переживаниям. Проходила лечение противотревожными средствами и гипносуггестивной терапией у психотерапевта по поводу невротического состояния, но с непродолжительным успехом. В мае-июне появились панические атаки, которые в июле «сменились какой-то тревожной рассеянностью». В последнее время появилась слезливость.

Состояние ухудшалось с каждой новой психотравмой: «сын ушел к женщине, решил жениться на ней, у нее дурная дочка – все время орет, у нее припадки, она заставляет его бросить училище, он подал заявление на отчисление, у него нет работы, скоро свадьба». Особо тяжело больная переносит собственное одиночество: «чувство опустошенности, страх этой пустоты – была всем нужна, а теперь муж по командировкам, младший в училище, старший женится – я никому не нужна». За день до свадьбы старшего сына в связи с ухудшением самочувствия была госпитализирована в психиатрическую клинику.

На момент поступления психопатологическая симптоматика имела следующие особенности: легко вступала в беседу, говорила сквозь слезы, с трудом концентрировалась на задаваемых вопросах, жалобы формулировала с большим трудом, постоянно переходила на психотравмирующие моменты, искала поддержку, в поведении была упорядочена, быстро вписалась в режим отделения, без нарушений сознания, с сохраненной ориентировкой, без грубых интеллектуально-мнестических нарушений, обманов восприятия, структурных и продуктивных расстройств мышления, двигательных расстройств. Аффективные нарушения определялись пониженным настроением, без суточных колебаний, с тревогой, страхом за сына, мужа. Засыпала с трудом. Аппетит был снижен. Без суицидальных тенденций. К своему состоянию относилась с эгоцентрической критикой.

Вопрос:

1. Какой синдром наблюдается у больного?
2. Экзистенциальные возможные проблемы пациентки?
3. Предложите метод психотерапевтического лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Пациент Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой вариант групповой терапии можно предложить пациенту

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Больная К., 25 лет при поступлении в психиатрическую клинику предъявляла жалобы на тревогу, неуверенность в себе, боязнь начать общение с незнакомыми людьми, что негативно влияет на профессиональную деятельность, нарушение сна (нарушение засыпания).

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от нормальной беременности и родов единственным ребенком в семье. Мать и отец живы и здоровы.

В школу пошла 7 лет, училась на «хорошо» и «отлично». Окончила среднюю школу, затем университет МВД. В возрасте 19 лет вышла замуж, как отмечает больная, муж ее не удовлетворял в сексуальном плане, из-за чего она с ним рассталась через год. Воспитывает сына 5 лет.

Больная от рождения отличалась тревожным характером, однако, в течение последних двух месяцев тревога усилилась, что, как заявляет больная, связано с защитой диплома в ВУЗе, где она обучается. В течение последних нескольких недель у больной нарушился сон, при этом она самостоятельно принимала феназепам, который ей «мало помогал». В период защиты диплома состояние вновь ухудшилось. С вышеперечисленными жалобами больная была госпитализирована в психиатрическую клинику повторно.

Объективно: больная ориентирована в пространстве, во времени и собственной личности. В контакт вступает охотно, излагает жалобы с тревогой, отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде покраснения лица. Фиксирована на желании улучшить свое состояние. Нарушений восприятия нет. Мышления нормальное по темпу, конкретное, уровень обобщений нормальный, продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром наблюдается у больного?
2. Возможный формат психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

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 спланировал 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:

1. Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2. Ваш диагноз?
3. Показания к психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

К Вам обратилась женщина с заказом на семейную психотерапию. Предъявляет жалобы на головные боли, возникающие после конфликтов с мужем. До этого обследовалась, органических заболеваний не выявлено. Муж соглашается присутствовать на семейных встречах, но повода для собственных личностных изменений не видит.

Вопрос:

1. В данном случае возможно проведение какой терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

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 спланировал 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:

1. Опишите клинические признаки психопатологического состояния
2. Ваш диагноз?
3. Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

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 стационарировался 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. Интересы 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. Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

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. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предложите метод психотерапевтического лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

Больная Т, 44 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, повышенную напряженность, чувство внутренней напряженности, ощущение кома в горле, головокружение, головную боль, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в неполной семье (мать умерла вскоре после рождения больной), второй ребенок. Закончила 11 классов, затем техникум (бухгалтер). Замужем. По характеру «жесткая, склонная переживать «все в себе». Последние несколько лет менструации носят нерегулярный характер, с отсутствием их до 2-3 месяцев. Причиной своего состояния считает ряд последовательных психотравмирующих ситуаций в течение последних двух лет – смерть отца, брата, свекрови. В октябре прошлого года в результате автокатастрофы во время служебной поездки погибла ее сотрудница, временно заменявшая больную. Была потрясена случившемся, осознанием того, что это она должна была находиться в этой машине. Вскоре развился страх перед служебными поездками, возникали навязчивые мысли о возможной автокатастрофе и т.д. Снизилось настроение, нарушился сон, преимущественно за счет длительного засыпания. Вскоре стало возникать ощущение удушья, появились мысли по поводу возможного соматического заболевания. Стала развиваться вторичная ипохондрическая фиксация. По этому поводу обращалась к эндокринологу, ЛОР-специалисту. Снижение настроения приняло стойкий характер.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без актуальной патологии. АД 100/60 мм рт ст. Пульс 82 в мин, ритмичный. Нервная система - без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено, бреда, обманов восприятия нет. Настроение снижено, эмоционально лабильно. Фиксирована на своем состоянии, соматических заболеваниях. Выявляется астеническая симптоматика.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях от 08.02.99: определяется выпрямление лордоза, правосторонний сколиоз, умеренно выраженные явления деформирующего спондилеза и остеохондроза (L5 -S 1).

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Предложите метод психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

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 длиться 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?
3. Методы лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

Больная П., 38 лет. При поступлении жалобы на неустойчивость настроения, повышенную утомляемость, головокружение, головную боль, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Ранее развитие без особенностей. В детстве часто болела простудными заболеваниями, была диагностирована хроническая пневмония. По характеру сформировалась трудолюбивой, экставертированной, несколько мнительной. В настоящее время – финансовый директор фирмы. До недавнего времени состояла в гражданском браке, один ребенок (дочь, 8 лет). Проживает в отдельной квартире вместе с матерью. Основная финансовая нагрузка по содержанию семьи и забота о воспитании ребенка приходится на нее. На этом фоне в течение последних двух лет ухудшились отношения с мужем. Около полугода назад резко возросли нагрузки на работе. Переживала за судьбу фирмы, появились навязчивые мысли о неблагоприятном исходе, нарушения сна, головные боли, неустойчивость настроения. Была крайне задета равнодушием мужа к ее проблемам, что послужило «последней каплей». Около 3 месяцев назад предложила мужу оставить семью. Тот однозначного ответа не давал. Несмотря на нейтрализацию ситуации на работе, состояние продолжало ухудшаться. Обратила внимание на появление, несвойственной ей ранее, раздражительности, вспыльчивости. Стала «срываться» на дочери, матери.

Психический статус: сознание не помрачено. Бреда, обманов восприятия нет. Ориентирована правильно. Выглядит уставшей, несколько подавленной. Настроение неустойчивое, эмоционально лабильно. К своему состоянию критична, расценивает его как следствие «общей усталости». Целью госпитализации считает «отдохнуть и восстановить свои силы». Интеллектуально-мнестических нарушений нет. Выявляются умеренные явления астении в виде повышенной утомляемости, вегетативной лабильности (гипергидроз ладоней, колебания АД). Настроена на лечение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Предложите метод психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

Пациентка Д., 28 лет, обратилась по поводу приступов головокружения, тошноты, учащенного сердцебиения при эмоциональном напряжении. При обследовании у терапевта - патологии не выявлено. Данные симптомы беспокоят в течение последних двух лет, связывает их с отношениями с любимым человеком - В., проживающим в Англии. Сама

замужем, муж знает об этих отношениях, но все прощает жене, лишь бы она от него не ушла. Она за это презирает его, говорит, что он не мужчина, однако не может жить самостоятельно, так как нигде не работает, «не позволяет здоровье». Имеет высшее неоконченное образование, обучалась в педагогическом университете.

Воспитывалась в основном папой, который во всем потакал дочери. Регулярно, каждую неделю, общается с В. по скайпу. Однако понимает, что она у него не одна, но уверена, что, если она к нему приедет, все будет по-другому. Сообщила вскользь, что он употребляет наркотики, но при вопросах об этом - отводит глаза, переходит на другую тему.

Характеризует себя только с положительной стороны, однако периодически в беседе звучат мысли о собственной неполноценности, необходимости что-то менять. При этом любит говорить о своей исключительности и стремлении к совершенству, хотя понимает, что это не совсем правильно. Имеет красивую, грамотную речь, обаятельна. Мечтает написать книгу о своих переживаниях к В., и приехать к нему.

Вопросы:

1. Укажите расстройство
2. Предложите метод психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

Пациент А., 44 года, бизнесмен, жалуется на периодические острые боли в области сердца. Боли начались остро, четыре дня назад, приехавшая скорая помощь исключила ИБС, направили на консультацию к неврологу. Невролог также исключил органический характер болей, направил к психологу и к психотерапевту. Пациент подавлен, сидит сутулившись, в глаза не смотрит, делает большие паузы перед ответом, голос тихий, монотонный, после некоторого замешательства выдохнул - «женой проблемы» - заплакал, закрыв лицо руками. Постепенно рассказал, что неделю назад узнал об измене жены, 35 лет, со своим охранником. Суицидальные мысли активно не высказывает, однако на вопрос об их ответ отрицательно после длительной паузы.

Вопросы:

1. Укажите расстройство
2. Варианты психотерапевтической тактики?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

Больной Т., 18 лет, единственный ребенок в семье, воспитывался матерью, так как отец семью оставил. В раннем возрасте болел детскими инфекциями. С детских лет отличался впечатлительностью, стеснительностью, мнительностью, обидчивостью. Учился с трудом, стеснялся отвечать у доски, переживал, что все у него получается хуже, чем у сверстников. После школы поступил в автомобильный техникум. Адаптация к учебе была затруднена с первых дней. На фоне учебных нагрузок снизилось настроение, часто уединялся, плакал, плохо переносил повышение психических и физических нагрузок. Не смог освоить вождение автомобиля, возникали мысли о собственной неполноценности, боялся отчисления, заявлял, что покончит с собой. Тяжело переносил насмешки однокурсников. Тревожился по пустякам. По ночам плохо спал, снились тревожные сны. Психотических расстройств не обнаруживал.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

Клинический случай. Пациент 31 год. Обратился с жалобами на навязчивые действия и мысли (частое мытье рук счет, повторение определенных фраз и мыслей в голове), возникающие в ситуациях психоэмоционального напряжения.

Из анамнеза: Воспитывался в полной семье, наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. ДДУ не посещал. По характеру: мягкий, мнительный, тревожный, сомневающийся в своих силах. Со стороны отца периодически испытывал давление, со стороны матери - гиперопеку. Получил высшее образование в ВУЗе, рекомендованном родителями. Профессиональное направление выбрал вопреки собственному желанию. Учился хорошо, но искреннего интереса к будущей профессии не испытывал. При первичном трудоустройстве потерпел неудачу, после чего возникли первые симптомы заболевания. По рекомендации невролога в течение двух месяцев посещал групповые занятия с целью овладения навыками саморегуляции и релаксации, после чего состояние стабилизировалось. Устроился на работу по специальности в одну из крупных компаний. Зарекомендовал себя с положительной стороны. В рамках перспективы карьерного роста получил предложение о переводе в головной офис (г. Москва). После переезда и выхода на новое место работы отметил ухудшение состояния: возобновились множественные жалобы, снизилась работоспособность, ухудшился сон, в связи с чем обратился за профессиональной помощью.

Вопросы:

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

Преподаватель философии, пациентка К., 38 лет, после развода обратилась с жалобами на постоянный плач, бессонницу, постоянные головные боли. Муж ушел от нее, узнав об измене. Сейчас живет один. Сама сожалеет о произошедшем, говорит, что муж «такой спокойный, как раз для меня». На попытки помириться с ним - не реагировал, сказал, что уйдет в монастырь. Пыталась покончить жизнь самоубийством месяц назад, проглотив 20 таблеток феназепам, но мать вовремя заметила сонливость, вызвала скорую. Врачи скорой помощи, оказав помощь, и взяв подпись об отказе от госпитализации, уехали, так как больная «клятвенно» заверила врачей, что раскаивается, и больше такого не повторится. В психическом статусе - гипомимична, постоянно плачет, сидит ссутулившись. В настоящий момент мысли о самоубийстве категорически отрицает.

Вопросы:

1. Назовите расстройство, механизм его возникновения
2. Метод психотерапевтической работы?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек,

провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Метод психотерапии?
3. Психотерапевтические мишени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Пациентка В.С.Д., 41 год, педагог. Беспокоят головные боли, после эмоционального напряжения, шумы в ушах, и гул по всему телу в течении последних 5 лет. Боится заболеть раком. По характеру тревожная, воспитывалась одной матерью, в условиях повышенной ответственности и эмоциональной холодности. В настоящий момент проживает одна, «мужчинами не складывается», по этому поводу очень переживает. На МРТ головного мозга - начальные признаки гипертрофии. Невролог не выявил выраженной патологии, сказал, что беспокоиться нет причин. Назначил циннаризин, мексидол и рекомендовал обратиться к психиатру. Препараты помогли, но ненадолго, пока принимала лекарства. Психиатр рекомендовал фенозепам, по пол-таблетки 2 раза в день. Объяснил, что не надо переживать по пустякам и нервничать.

Однако патологические ощущения также появлялись сразу после прегрешения медикаментозной терапии.

Вопросы:

1. Назовите расстройство?
2. Определите механизм возникновения симптомов
3. Подберите метод психотерапии
4. Составьте план психотерапевтической работы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

К врачу части обратились родители подростка 15 лет. Они рассказали, что последнее время их сын стал «совсем другим», резко ухудшилась успеваемость, из дома стали пропадать деньги и ценные вещи. Нередко он приходит домой «явно навеселе», однако алкоголем от него совершенно не пахнет. По телефону ведет «непонятные» разговоры, в которых то и дело проскальзывают слова: «черное», «дурь», «кураж», «банг». Изменился даже внешний облик: ходит сутулясь, прячет глаза, стал носить одежду с длинными рукавами даже в жаркую погоду. Появилось множество новых, «не внушающих доверие», знакомых, которые постоянно звонят, ищут сына. Несколько раз не приходил домой ночевать, на замечания в свой адрес реагирует бурными эмоциональными вспышками. Иногда по ночам из комнаты сына доносятся приглушенные стоны, всхлипывания, скрежетание зубами и тихая ругань. На все вопросы родителей раздражительно отвечает: «Оставьте меня в покое!», или хватает телефон и пытается найти какого-то «Виктора», униженно просит у него прощение, умоляет что-то «одолжить в последний раз». На контакт с родителями не идет, замыкается в себе или уходит из дома.

Вопросы:

1. Супруги спрашивают, что может быть с их сыном?

2. Какой предварительный диагноз можно предположить?
3. Психотерапевтические подходы? Психотерапевтические мишени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25.

В психиатрическую клинику на стационарное освидетельствование поступил гражданин Р., 18 лет, направленный психиатром призывной комиссии военного комиссариата при проведении обследования лицам призывного возраста, призванным в Вооруженные Силы. Из сопроводительной медицинской карты известно, что родился в срок, в возрасте 1, 5 года перенес корь, осложнившуюся энцефалитом, в 7 лет дважды переболел пневмонией, в 15 лет – закрытый перелом костей предплечья. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошел с 9 лет, окончил 3 класса «на одни тройки», в дальнейшем нигде не учился, «помогал дома по хозяйству». На осмотре сидит, низко свесив голову, голос тихий, слабо модулированный, речь примитивная, изобилует штампами. Конкретно-образное мышление преобладает над абстрактно-логическим. Запас общеобразовательных знаний крайне мал, не знает таблицу умножений, основные исторические даты. Интеллект низкий, пословицы и поговорки понимает буквально, не может отличить главный смысл от второстепенного. В суждениях прямолинеен, умозаключения непродуманны, по-детски наивны. Немного обучаем, способен механически запомнить 5 из 10 названных слов, однако при выполнении методики «Исключение предметов» выбирает объект только по конкретным признакам (например, при предоставлении сапога, ботинка, тапочка и перчатки исключает сапог, потому что «он больше»). При тестировании с помощью методики Равена IQ получил 62 балла. В целом, умственное развитие соответствует 10-11 летнему подростку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Возможная этиология заболевания?
3. Тактика лечения и реабилитации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26.

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 стационарировался 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. Интересы 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. Возможная тактика врача-психотерапевта?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 3

По результатам обучения в ПЕРВОМ полугодии

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Проверяют компетенции УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-4; ПК-5.

1. Проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний тревожно-депрессивного круга.
2. Назначение и выписка рецептов на лекарственные, включая препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам
3. Проведение диспансеризации больных.
4. Заполнение формы направления для проведения медико-социальной экспертизы.
5. Отбор пациента для представления на заседание мультидисциплинарной команды (бригадный разбор).
6. Проведение кризисной психотерапевтической интервенции.
7. Диагностика и психотерапия пациентов с тревожными расстройствами.
8. Диагностика и психотерапия пациентов с фобическими расстройствами.
9. Диагностика и психотерапия пациентов с обсессивно-компульсивными расстройствами.
10. Диагностика и психотерапия пациентов с неврастенией.
11. Диагностика и психотерапия пациентов с эмоциональным выгоранием.
12. Диагностика и психотерапия пациентов депрессивными расстройствами.
13. Диагностика и психотерапия пациентов с соматоформными расстройствами.
14. Диагностика и психотерапия пациентов с диссоциативными и конверсионными расстройствами.
15. Диагностика и психотерапия пациентов с аддиктивным поведением.
16. Диагностика и психотерапия психических расстройств при психосоматических заболеваниях.
17. Диагностика и психотерапия психических расстройств при зависимостях.
18. Демонстрация навыка супервизии в психотерапии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9.2; ОПК-10; ПК-4; ПК-5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Пациент А., 45 лет, бывший военнослужащий, бизнесмен. Обратился по рекомендации гастроэнтеролога, по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Болен в

течении 15 лет, после инцидента на службе. Отмечает, что обострения связаны с психоэмоциональным перенапряжением, как на работе, так и дома. Женат, имеет двух дочерей. Жена относится с пониманием к болезни, однако периодически, вскользь упоминает о постоянной нехватке денег. Сам переживает это, так как бизнес идет с трудом, сейчас испытывает большие затруднения в работе. О себе говорит скупно, считает проявлением слабости обращение к психотерапевту.

Вопрос: 1. Проведите анализ ситуации – укажите расстройство, выберите тактику психодиагностики и психотерапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

Пациентка 43г., была направлена к психотерапевту кардиологом. Обратилась с жалобами на тревогу, страх смерти, приступы паники, сопровождающиеся сердцебиением, головокружением, кратковременным подъемом АД до 160/100 мм. рт ст., приливами жара, нарушением дыхания с ощущением «кома в горле», полиурией. Впервые приступ паники возник накануне очередной командировки мужа, внезапно, стало трудно дышать, поднялось давление, возник острый страх смерти от сердечного приступа, вызвала скорую. Врач скорой помощи зафиксировал синусовую тахикардию, увидев врача, пациентка успокоилась, почувствовала облегчение. В дальнейшем из-за опасения развития приступа стала бояться выходить одна из дома, ночевать одной в квартире. Предъявляет жалобы в демонстративной манере, склонна преувеличивать тяжесть своего состояния, инфантильна, незрела в суждениях, отношения с мужем описывает как идеальные.

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Пациент 36 лет пришел на прием к неврологу с жалобами на нарушения сна, головные боли напряжения, утомляемость, трудности сосредоточения, проблемы с усвоением новой информации снижением работоспособности, которые развились в течении последних 3 мес, после того как пациента повысили по службе. Из анамнеза известно, что всегда был ответственным, целеустремленным, ориентированным на карьерный рост, на работе брал на себя основную нагрузку, считая, что коллеги могут допустить ошибки. Работает в офисе, должен быстро реагировать на изменение рабочей ситуации, удерживать в поле внимания большое количество меняющейся информации. До начала заболевания были эпизоды бессонницы и головных болей, когда нервничал в период сдачи экзаменов, в остальном считает себя здоровым, женат, профессионально успешен, имеет широкий круг друзей

1. Установите диагноз заболевания
2. Какие признаки указывают на данное расстройство
3. Определите лечебную тактику

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

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 расстройством, 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?
3. Вариант психотерапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Больная 54 года, домашняя хозяйка. Анамнез: мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но в связи с материальными трудностями в семье после окончания 9-ти классов начала работать, сначала ученицей в швейной мастерской, потом швеей, последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости болела дизентерией, была оперирована по поводу аппендицита. По характеру мнительная, склонна к тревоге по любому поводу, особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, сентиментальностью. Вышла замуж в 20 лет, родила 2-х детей. Семейные отношения были хорошими. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. Когда больной было 52 года, в автокатастрофе погиб муж. Переживала его смерть, много плакала, не могла находиться одна дома и перешла жить в семью сына, заботилась о внуках, к которым очень привязана, выполняла домашнюю работу. Почти постоянно было пониженное настроение, грусть, отмечала вялость, жаловалась на недомогания. В дальнейшем появилась тревога, которая постепенно нарастала, всевозможные опасения, предчувствия беды, ожидания нехороших событий, нарушился сон, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх, с трудом справляется с привычными делами, пропал аппетит. Возникали мысли о самоубийстве. Психический статус: У больной тоскливое, напряженное выражение лица, не может сидеть в одной позе, кисти рук в постоянном движении. Испытывает страх и тревогу за семью, кажется, что с нею и с родными может что-то случиться, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заняться, все «валится из рук, нет ни к чему интереса, все потеряло смысл; у сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т. к. она не может работать в таком состоянии». Не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они не скрывают от нее неизлечимой болезни.

Видела, пришедших навестить ее внуков в окне, они показались ей бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они больны туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не встает с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклинать ее за эгоизм, думать, что она убила сына своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. В отделении беспокойна, стонет, заламывает руки, ходит из угла в угол, не находя себе места. Глаза сухие, говорит, что слез у нее нет, хотела бы плакать, но не может. Отказывается от еды, говорит, что лучше ей не есть, от этого она скорее умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает

необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. На предъявленные ей вопросы отвечает по существу, информативно, суждения, не касающиеся ее болезни, не нарушены.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная неустойчивость, повышенная ранимость, тревожность (личностная и ситуационная), трудности социальной адаптации; во всех сферах психической деятельности использует неадаптивные стратегии поведения. Психические процессы достаточно устойчивые, равномерные. К концу исследования проявляется утомление. Аттентивно-мнестические функции снижены. Мыслительные операции проводит преимущественно на категориальном уровне, отмечаются отдельные соскальзывания при обобщении на конкретно-ситуационные и несущественные признаки. Преобладает абстрактный уровень мышления. Продуктивность деятельности снижена. Направляющую и организующую помощь экспериментатора практически не принимает. Критика к результатам собственной деятельности частично сохранена.

Соматическое состояние: истощена, запах ацетона изо рта. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологическое состояние без отклонений.

Вопросы: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания? 8) Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта? 9) Какие меры необходимы для того, чтобы установить причину, выявившую этот симптом? Как питать больную? 10) Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6.

Больной мужчина 53 года. Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Средний из трёх детей. Воспитывался в полной семье. Мать по характеру властная, была в семье лидером, отец терпеливый, спокойный, уравновешенный, несколько тревожный. Раннее развитие без особенностей. До 10-летнего возраста страдал ночным недержанием мочи, к врачам не обращался. В детстве переболел паротитом без осложнений, в 12 - летнем возрасте - аппендэктомия. В школу пошёл с 7 лет, учился неплохо, в основном на «хорошо». После окончания 7 классов поступил в железнодорожный техникум, проучившись год, оставил учёбу, образование продолжил в вечерней школе, окончил 11 классов. В 1966-1969 годы проходил срочную службу в танковых войсках, отмечает некоторые трудности первые 6 мес. установления контактов в силу своей тревожности, но в дальнейшем проблем по службе не возникало. После армии работал около 5 лет электриком, техником-механиком, затем вернулся на военную службу и 11 лет служил авиатехником, после чего уволился из армии в 37 летнем возрасте. Устроился работать мастером в локомотивное депо, параллельно окончил заочно железнодорожный техникум, затем вечернее отделение политехнического института и в 46 лет перешёл на работу на локомотиворемонтный завод на должность инженера-энергетика; работает по настоящее время. Женат с 23 лет, жена младше на 3 года. Жену характеризует как лидера в семье, властной женщиной, из-за чего часто возникают внутрисемейные конфликты, отношения с ней считает «несколько напряжёнными», но речь о разводе никогда не возникала; объясняет, что образование получил поздно, в силу того, что жена требовала зарабатывать деньги, а когда «стали жить более стабильно», пошёл учиться. От брака имеет одного сына, который в настоящее время проживает отдельно.

С детства отмечает такие черты, как мнительность, тревожность, впечатлительность, подверженность колебаниям настроения, неуверенность при выполнении какой-либо деятельности, особенно связанной с высокой личной ответственностью, при этом нуждается

в поддержке, всегда старается предусмотреть возможные неудачи, вследствие чего предъявляет высокие требования к себе и к окружающим. Также отмечает в характере педантизм. Если предполагает, что не справится с предлагаемой работой, старается её избегать, в то же время не всегда может отказать в просьбе, долго колеблется при выборе решения, даже приняв его, постоянно испытывает неуверенность в правильности выбора. Отмечает, что даже при незначительных неприятных событиях часто «в мыслях предвидит наиболее худшие последствия», чтобы «быть к ним готовым». Именно этим объясняет уход из техникума до армии, когда возник незначительный, по словам ретроспективной оценки пациентом, конфликт на бытовой почве с одним из преподавателей, но в силу своей тревожности, «чтобы предотвратить возможные последствия (неудачи на экзаменах) и не быть отчисленным за неуспеваемость», оставил учёбу. Считает, что проявления, отдалённо напоминающие происходящие болезненные нарушения в текущем заболевании, возникали при усиленной психической нагрузке, особенно когда приходилось совмещать сдачу сессий при заочной учёбе с работой. Всегда усиленно готовился к сдаче зачётов и экзаменов. Особенно выделяет год, когда защищал дипломный проект, мало спал, становился раздражительным, вспыльчивым, конфликтовал с женой, беспокоили головные боли стягивающего характера, нередко на высоте тревоги отмечал слабые тупые боли в области сердца. После получения диплома около месяца ощущал некоторое опустошение, упадок сил, но продолжал работать, за медпомощью не обращался.

В течение 5 лет занимал должность заместителя начальника цеха локомотиво-ремонтного завода. Отмечает, что с первых дней работы ощущал неприятие со стороны начальника. Когда пришёл на новое место работы, оценил обстановку в цехе, как запущенную, где «никому нет никакого дела, кто и как работает». Несмотря на окружающую обстановку, старался выполнять свои обязанности в полном объёме, делал реальные шаги по улучшению работы в цехе, организации дисциплины, что было замечено главным инженером завода. За 1, 5 года до поступления в стационар при поддержке главного инженера был повышен в должности (стал его заместителем, курирует энергетическое обеспечение завода). Предложение о повышении воспринял с тревогой, сразу же возникла неуверенность - справится ли с новыми обязанностями, так как данное подразделение, по его оценке, находилось в крайне запущенном состоянии (предшественник был уволен по статье за прогулы и употребление алкоголя), но, обдумав предложение и обсудив его с женой (получил её поддержку, так как появлялись перспективы дальнейшего роста и повышалась заработная плата), дал согласие. На протяжении 4 месяцев активно изучал хозяйство, старался выполнение распоряжений держать под личным контролем, работал по личной инициативе сверхурочно, часто выходил на работу в выходные дни. Сразу же столкнулся с неприятием его подхода к организации работы со стороны подчинённых, которые, по его мнению, «совсем отвыкли от работы», в силу чего возникали частые конфликтные ситуации. В своём поведении отмечал раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, что в дальнейшем проявлялось не только на работе, но и дома. За 2 месяца до госпитализации нагрузка ещё более возросла, так как надо было сдавать отчёт о проделанной работе, а реальных сдвигов в положительном направлении не отмечалось: «почти всё, что ни делал, наталкивалось как будто на стену». Появилась неуверенность, сомнения в правильности принятия решения о согласии на новую должность. Стал раздражительным, возникло чувство опустошённости, огромной усталости, которые ещё усилились после сдачи отчёта и неудовлетворительной оценки проделанной работы со стороны начальства, после чего присоединился страх перед увольнением, понижением в должности. Представлял, что «все будут относиться как к неудачнику, не справившемуся со своими обязанностями». В течение месяца снизилось настроение, выглядел несколько подавленным. На работе стал менее активным, неожиданно раздражался на подчинённых, с последующей опустошёностью, укором себя за несдержанность. Стали беспокоить головные боли тупого диффузного

стягивающего характера, бессонница. По совету жены обратился в поликлинику к психотерапевту, который направил его на стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии.

Психический статус: доступен контакту, полностью ориентирован в месте, времени собственной личности. В начале беседы держится неуверенно, иногда несколько сумбурно излагает данные анамнеза, при этом достаточно откровенен, неусидчив, часто меняет позу, потирает при волнении лоб, голос тихий, негромкий, речь тороплива, порою сбивчива. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, раздражительность, периодически беспокоящую тупую головную боль диффузного, стягивающего характера, бессонницу, слегка сниженный аппетит, рассеянность внимания, забывчивость. Эмоциональные реакции подвижные, мимика живая, выразительная. При рассказе о возникшей ситуации на работе волнение усиливается, старается оправдать свои неудачи на новой должности запущенностью хозяйства, несложившимися отношениями с подчинёнными, нехваткой времени: «...нужно только около года, чтобы ознакомиться со всеми тонкостями», беспокоится о своей дальнейшей карьере, считая, что может быть понижен в должности, так как «не справился с обязанностями». Тем не менее, замечает, что может быть «это будет и к лучшему». Настроение несколько снижено. Мышление последовательное, доступно проведение основных мыслительных операций с использованием абстрактно-логических связей. Бреда, галлюцинаций не выявляется.

Соматический статус: нормостенического телосложения. В лёгких дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отёков нет, стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазодвижения в полном объёме. OD=OS. Сухожильные рефлексы D=S. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет уверенно. Менингеальных, патологических знаков нет.

Заключение психолога: выявляется сформированный интрапсихический конфликт, характеризующийся завышенными требованиями к себе, без учёта своих физиологических и психологических ресурсов. Развитию неврастенического конфликта способствовали и личностные особенности испытуемого (сочетание педантичного характера и тревожно-эмотивного темперамента). Невозможность его рационального разрешения обусловлена, помимо указанных личностных особенностей, патопротекторной структурой защитных механизмов: низкая дифференцированность Эго-защиты с ведущими – вытеснение, реактивные образования, регрессия – механизмами; слабо адаптивный вариант копинга в когнитивной сфере – относительность – в данной ситуации выступает, как дезадаптивный (патопротекторный), препятствуя активному сознательному разрешению ситуации. Психические процессы в обычном темпе, мнестико-интеллектуальные показатели в пределах нормативных.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Больная женщина 48 лет. Анамнез: поступает впервые. Родилась в пос. А-к О-ой области от нормально протекавшей беременности, первых срочных родов. Сведений об отце не имеет, так как мать развелась с ним практически сразу после ее рождения (якобы он злоупотреблял

алкоголем). Затем мать повторно вышла замуж и отдала пациентку на воспитание бабушкой и дедушкой, к которым была очень привязана. В школу пошла с 7 лет. Учеба в школе давалась легко. Была «любопытной, шустрой, энергичной, общительной», вместе с тем отмечает в дальнейшем черты тревожной мнительности, неуверенности в выборе окончательного решения, неумение настоять на своей точке зрения. В школьные годы занималась спортом, посещала кружки. После окончания школы поступила по желанию деда в О-ий медицинский институт, училась хорошо. По окончании института работала в А-ой ЦРБ вначале врачом-ординатором, затем - заведующей терапевтическим отделением и заместителем главного врача по лечебной работе в течение 18 лет. В 22 года вышла замуж, родила дочь, в этом браке прожила 5 лет, в связи с алкоголизацией мужа по инициативе пациентки брак был расторгнут. Вышла замуж повторно и через 2 года с семьёй переехала на постоянное место жительства в О., где работала участковым терапевтом, затем терапевтом в студенческой поликлинике. Муж старше пациентки на 18 лет, по характеру властный, «суровый», порою деспотичный. К моменту достижения дочерью 17-летнего возраста значительно повысил требования к ней: был очень строг, наказывал по мелочам, «морально унижал». Однажды применил к дочери физическое наказание, чему пациентка попыталась противодействовать, тогда муж ответил ей угрозами и впервые ударил её. После этой ссоры дочь сняла квартиру и ушла из дома. В день ухода дочери у пациентки впервые развился приступ с ощущением удушья, прилива жара к голове, с онемением конечностей, сердцебиением. Отношения мужа с дочерью не восстанавливались, а попытки больной указывать ему на несправедливое отношение к дочери заканчивались очередным скандалом. Обследуемая помогала дочери, не решалась на развод, так как зависела от мужа материально и «боялась одиночества», ежедневно после работы тайно от мужа навещала дочь, приносила ей продукты, оплачивала коммунальные услуги. На фоне эмоционального напряжения и после безрезультатных попыток примирить мужа и дочь вновь стали возникать приступы удушья, к которым присоединилась выраженная тревога за состояние своего здоровья, со страхом смерти, либо паралича вследствие инсульта; боялась развития приступа на улице, в транспорте. Продолжала работать, со своими профессиональными обязанностями справлялась. Однажды дочь из-за финансовых затруднений обратилась к матери с просьбой о возвращении в ее квартиру, на что муж отреагировал негативно, поставив выбор между ним и дочерью. С этого времени у пациентки приступы участились и возникали уже практически ежедневно. По совету знакомого врача принимала феназепам, стала нарастать утомляемость, на фоне переживаний за дочь нарушился сон, снизился аппетит, была вынуждена сократить продолжительность рабочего дня. Несмотря на то, что дочь нашла выход из создавшейся ситуации (она приняла предложение о замужестве), приступы не прекратились. Кроме того, после вступления в брак дочь сообщила о решении переехать в С-рг на постоянное место жительства мужа и предложила матери уехать с ней. С этого момента ещё в большей степени выросла частота приступов до трёх-четырёх раз в сутки. Неоднократно после работы возвращалась домой в сопровождении дочери. После консультации психотерапевта поликлиники госпитализирована в отделение неврозов и психотерапии.

Психический статус: вступает в беседу с заметным волнением. Довольно подробно рассказывает о своих переживаниях, при затрагивании темы семейных отношений, обстоятельств возникновения приступов на глазах появляются слезы, которые пытается сдерживать, успокаивается самостоятельно. Эмоциональные реакции подвижны, с оттенком лабильности. Настроение снижено, отмечает приступы дискомфорта при общении с коллегами и с мужем, приступы «паники с потерей ориентировки в местах скопления народа», избегает поездок в общественном транспорте, большую часть пути на работу проходит пешком. Довольно чётко проводит параллели между возникновением приступов и конфликтами с мужем. Обращает внимание на то, что не может смириться с тем, что «самый

близкий человек (дочь) собирается уехать от неё». В то же время замечает, что «муж даже слышать не хочет о переезде: так и сказал – либо я, либо дочь». Замечает, что стала реже выходить из дома: «только по необходимости», передвигается по улице либо в сопровождении мужа, либо дочери. Мышление в обычном темпе, последовательное, способна к выполнению абстрактно-логических операций, разграничениям и обобщениям на основе категориальных признаков. Память не нарушена. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает.

Соматический статус: Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс - 79 уд/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неврологический статус: глазные щели равные, нистагмид, ослаблена конвергенция. Рефлексы симметричные. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы удовлетворительные, тремор век. Тазовых нарушений нет. Заключение специалистов: терапевт: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу; невролог: синдром вегетативной дистонии по смешанному типу с склонностью к синкопальным состояниям; окулист: миопия слабой степени обоих глаз, сосуды глазного дна не изменены; гинеколог: миома матки, эндометриоз матки.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования: выявляется актуализированный внутриличностный конфликт с проблемой выбора между желаниями и чувством долга, моральной ответственностью. Актуализации данного конфликта способствовала стрессогенная ситуация, а также дисгармоничное сочетание в структуре личности черт демонстративного и психастенического радикала. Также имеет место патопротекторная структура антистрессовых механизмов (Эго-защиты: слабо дифференцирована, преобладает её регрессивная направленность, ведущие МПЗ - регрессия, реактивные образования, отрицание, подавление; копинги дезадаптивный в эмоциональной сфере (подавление эмоций) и относительно адаптивный – проблемный анализ – в поведенческой сфере). Психические процессы в обычном темпе. Мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

Вопросы к задаче: 1) какие симптомы психического заболевания имеются у больного в настоящий момент, 2) в какой синдром (какие синдромы) можно объединить эти симптомы; 3) какую болезнь следует предположить у больного; 4) дифференциальный диагноз: с какой болезнью (болезнями) нужно дифференцировать данное заболевание, какие признаки указывают на возможность других болезней и почему другие диагнозы следует отклонить; 5) каков развернутый диагноз (нозологическая форма, тип течения, тип дефекта, стадия, особенности почвы); 6) Чем лечить больного? 7) Каков прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Пациент А. 36 лет поступил в Отделение невротиков Института Бехтерева со повышенной тревожностью, нарушенным сном, страхом сердечного удара и смерти.

Из анамнеза жизни: Женат, есть сын 8 лет, работает ведущим инженером на заводе. По характеру мягкий, исполнительный, трудолюбивый.

Хронических и острых клинически значимых соматических заболеваний нет. В поле зрения психиатров не был.

Летом приходит постановление от Министерства о предстоящей ревизии в Кисловодск, куда пациента командировывают с целью ревизии и сокращения штата по результатам проверки.

Накануне командировки пациент провел беспокойную, бессонную ночь. Отправился на поезде, где было душно, не смог спать. По приезду в указанный город почувствовал слабость, головокружение. Отправляясь в снятое общежитие, почувствовал давящую боль в

грудной клетке в области сердца, стало трудно дышать. Пациент вспомнил, как у его отца, в возрасте 68 лет случился сердечный приступ, его одолело чувство страха о возможном сердечном ударе, стало трудно дышать. Пациент вызвал скорую помощь. В результате обследований органической патологии не выявлено, даны рекомендации обращения к психотерапевту.

Кожно-гальванические пробы зафиксировали повышение показателей на такие слова как болезнь, ревизия, отец

Вопросы:

- 1 Определите возможный внутренний конфликт
- 2 Ситуация – система ценностей – симптоматика
- 3 Предположительный диагноз
- 4 Основные методы и возможные мишени психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

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:

1. Какие психопатологические состояния описаны в задаче?
2. Возможные психотерапевтические подходы к лечению?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочери. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос:

1. Оцените описанные психопатологические проявления
2. Какова тактика терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

Пациент Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Варианты развития личности?
3. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Больной Д. направлен на обследование в связи с тем, что обратил на себя внимание вялостью, медлительностью, плохой памятью и сообразительностью. Обучаясь в техникуме, не мог освоить специальность, подвергался насмешкам однокурсников. В детстве отставал в развитии, часто болел, ходить и говорить начал с опозданием. В школе учился с трудом, плохо запоминал стихи, хуже усваивал предметы математического профиля. Дублировал 3-й класс, мало читал. Окончил 9 классов, работал разнорабочим. На насмешки окружающих отвечал аффективными вспышками, импульсивными действиями. При клиническом и экспериментально-психологическом обследовании установлено: запас знаний невелик, память удовлетворительная, словарный запас ограничен. Суждения конкретные, правильно понимает простые поговорки, но сложные абстракции недоступны. Примитивен, плохо поддается обучению. Склонен к подражанию, в ответах преобладают штампы. Критика снижена, хотя и переживает свою несостоятельность. Инициативы не проявляет, любит простой физический труд.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

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?
3. Варианты терапии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14.

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 лечение пролонгированным препаратом галоперидол-деканоат в дозе 2 мг

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?
3. Варианты психотерапии

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15.

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. О каком психическом расстройстве идет речь в данном случае?
2. Варианты психотерапевтической работы?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16.

Пациент А. 27 лет с диагнозом «Параноидная шизофрения» наблюдается в ПНД по месту жительства.

Вопрос:

1. В чем заключается и что включает в себя медицинская и психосоциальная реабилитация?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17.

Порядок организации медицинской реабилитации утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 года №788н

Вопрос: основные реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации, которые реализуются при взаимодействии:

1. Врачей
2. Медицинских сестер
3. Специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (логопедов, медицинских психологов, инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, учителей-дефектологов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18.

На прием обратилась женщина 41 г., образование средне-специальное, занята на периодических работах в фирме у мужа, замужем, брак в течение 25 лет, муж директор коммерческой организации, 44 г., двое детей: сын 25 лет – молодой специалист, дочь поступила в вуз в другом городе. Причиной обращения считает семейный кризис и неверность супруга. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, предшествовавшие обращению недельное состояние с колебаниями АД, головокружениями, пошатываниями при ходьбе (лечилась в стационаре на дому у невропатолога), переживает ощущение личного краха. При обращении подолгу рассказывает о семейных сложностях.

Вопрос: 1. Какая терапия показана на данном этапе?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19.

Пациентка В., 23-х лет, физик. Внешне спокойна. Взгляд холодновато - отрешённый, очки с затейливо-готической оправой. Впечатление душевной малодоступности за маской вежливо-церемонной доброжелательности. Когда получили с мужем, математиком, от своего учреждения отдельную квартиру и можно было переехать туда от свекрови, с которой постоянно ссорилась, муж подал на развод, пожелав остаться с матерью. В. согласилась с этим: «человек должен быть свободен в своём выборе». Но теперь, когда оказалась одна в новой квартире, всё мучается вопросами о том, почему она и её свекровь не могут «душевно пробиться друг к другу», хотя обе испытывают это желание. Тягостное взаимонепонимание при сильном желании быть духовно, душевно вместе.

1. Вероятнее всего, у пациентки В. какой диагноз?
2. Тактика врача?
3. Права пациента?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20.

Женщина 27 лет, обратилась амбулаторно с жалобами на трудности засыпания, подавленность, «лень». Описывает у себя периодические состояния грусти, начиная с подросткового возраста. Временами чувствует себя лучше, но эти периоды длятся не более 2-х недель, улучшения почти не бывают полными. Трудоспособна, но думает, что делает работу не так хорошо, как следовало бы. Фиксирует внимание на повторных разочарованиях в жизни, на низкой самооценке.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Социальные и психолого-психотерапевтические варианты помощи?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21.

У 40-летнего женатого мужчины, преуспевающего бизнесмена с удовлетворительной семейной жизнью, отмечается сосредоточенность на мыслях о возможной связи с более молодой женщиной. У него не отмечено психических расстройств в анамнезе и других жалоб.

Вопрос:

1. Какая психотерапия наиболее адекватна?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22.

К психотерапевту обратились родители подростка. Сын стал неуправляемым, не успевает в школе, часто прогуливает уроки. Терапевт просит привести на терапию подростка. Терапия проходит успешно, и через несколько сеансов подросток сообщает консультанту, что он распространяет наркотики в школе и получает за это деньги. Психотерапевт обратился к директору школы и рассказал об этом случае.

Вопросы:

1. Правильно ли сделал терапевт, что обратился не к родителям подростка, а к директору школы?
2. Нарушил ли терапевт правило конфиденциальности?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23.

Психотерапевт работает с несовершеннолетним подростком 14 лет. В процессе психотерапии подросток поделился с терапевтом информацией, которую не хочет рассказывать родителям, но по закону ее следует сообщить родителям (у подростка имеется инфекция, передающаяся половым путем).

Вопрос:

1. Следует ли психотерапевту сообщать эти сведения родителям?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24.

Больная Г., 44 лет, поступила с жалобами на: повышенную утомляемость; выраженную общую слабость – «ноги не держат»; усталость; чувство «бессилия»; плаксивость; пониженное настроение, нарушение засыпания, периодические головокружения; шум в ушах.

Из анамнеза: родилась в сельской семье седьмым ребенком (всего в семье 8 детей). Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Беременность, роды матери и раннее развитие без патологии. Росла в плохих социально-бытовых условиях, плохо и однообразно питалась. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо, поступила в «библиотечный» техникум, закончив который работала по специальности. В 23 года вышла замуж, имеет сына 23 лет. Себя характеризует как человека «незлобивого», «в целом доброго», мнительного, чувствительного, легко возбудимого. Заявляет, что любит обсуждать все проблемы с близкими знакомыми, но облегчения это не приносит.

Считает себя больной с 30 лет, когда впервые отметила у себя слабость и дрожь в руках, которую можно было унять усилием воли. Постепенно нарастала болезненная чувствительность к психотравмам, становилась все более ранимой, но вида не показывала, появилась плаксивость, стала быстро уставать. Этим явлениям предшествовали постоянные ангины с гнойным отделяемым и лихорадкой, которыми больная страдала на протяжении последних 8-10 лет.

Два года назад на фоне судебных тяжб за родительское имущество появились вышеперечисленные жалобы. Больная консультировалась у «психотерапевта в поликлинике», принимала, валериану, грандаксин, реланиум, феназепам, ноотропил, никотиновую кислоту. Состояние особенно ухудшилось в последние полгода.

Объективно: все виды ориентировки сохранены, в беседу вступает охотно, ведет себя претенциозно, хотя на вопросы отвечает правильно, излишне подробно. Держится немного отстранено, контролирует себя. Стремится показать себя в лучшем свете. Выявляется недоверие

и настороженность по отношению к врачам, говорит, что «с ними ей не везло»: в детстве не распознали анемию, во время беременности не увидели токсикоз, во время грудного вскармливания не сказали, как надо кормить». Речь эмоциональная, правильная. Надменна, эгоцентрична, демонстративна. Просит информировать ее о назначенном лечении, «чтобы она могла потом знать, что ей помогает, а что нет». Отмечается небольшой тремор рук. Настроение немного снижено, расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний, темп мышления нормальный, нарушений стройности ассоциативного процесса и продуктивных расстройств мышления нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром отмечается у больной?
2. Каковы этиопатогенетические механизмы наблюдаемых у больной психических нарушений?
3. Тактика психотерапевта?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25.

Больная К., 38 лет, поступила в психиатрическую клинику с жалобами на: необычную головную боль, необычные ощущения в теле – «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом», головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, «шапочка на голове», особенно во второй половине дня, слабость, слезливость, неустойчивость настроения, разнообразные неприятные ощущения в виде «внутренней слабости», комка в горле, мигрирующих болей в плечевых и тазобедренных суставах, головокружения, чувства «внутреннего жара», отсутствие аппетита, нарушения сна, периодические головные боли, нарушения менструального цикла, снижение либидо.

Из анамнеза: ранее развитие без особенностей. Закончила 10 классов. На уроках могла «потерять речь» у доски из-за «повышенной стеснительности». До 13 лет были разнообразные «нервные тики» – моргание глазами, подергивание ноги при ходьбе и т.п. При этом характеризует себя в тот период как веселую, активную и жизнерадостную. После школы окончила торговый техникум. Замужем, воспитывает сына 10 лет и дочь 5 лет. В связи с тем, что сын был крайне возбудимым «спал по 15 мин в день», «закатывал истерики – бился головой об пол» появилась тревожность, опасения, что сын будет сумасшедшим. В это время отказалась занять более высокую должность, но т.к. заметила, что склонна «сильно переживать за порученное дело – начинала болеть голова, расстраивалась, появлялась бессонница», сама попросила перевести ее на более низкую должность. После рождения дочери появились опасения и за ее здоровье.

В течение последнего года обратила внимание на появление нарушений менструального цикла, снижения либидо. Однажды на работе очень разболелась голова, «охватило холодом, а на утро не смогла подняться с кровати: все кружилось, казалось, что потолок поменялся местами с полом». Эти явления нарастали день ото дня, появилось головокружение на рабочем месте, дрожь, внутреннее покачивание, чувство тяжести в голове.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. Ориентирована правильно. Настроение неустойчивое, с легким возникновением тревожности, плаксивости. Фиксирована на своем состоянии, высказывает различные мысли ипохондрического содержания. Жалобы излагает детально, с демонстративностью в поведении. Повышенно истощаема по ходу беседы с появлением вегетососудистой лабильности. Расстройств восприятия нет. Мышление последовательное, уровень обобщений средний бреда нет. Суицидальных намерений нет.

Вопросы:

1. Какой синдром определяется у больной?
2. Лечебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26.

Пациентка Ф., 28 лет, обратилась к специалисту из-за нейродермита, которым страдает 8 лет. Консультацию настоятельно рекомендовал дерматолог. Особых психогенных моментов, предшествующих появлению нейродермита, не смогла назвать, однако отмечает, что обострения связаны с эмоциональными переживаниями. Живет одна, в профессии успешна, работает налоговым инспектором, работой довольна. В семнадцать лет была влюблена в сверстника, он ответил взаимностью, однако, после года интимных отношений, почувствовала, что он стал ей неинтересен. После этого были кратковременные отношения с мужчинами, которые не приносили ей ощущений удовлетворения. Сейчас признается, что уже не строит планов создать семью, вся энергия уходит на работу. Телосложение маскулинное, пониженного питания. Напряжена, сидит в закрытой позе, в самом начале консультации сказал, что не доверяет психологам и психотерапевтам из-за «возможного подсознательного воздействия».

Проанализируйте ситуацию, выберите тактику психотерапии

25. Пациентка 29 лет. Обратилась с жалобами на проблемы со сном (поверхностный сон, ранние пробуждения), подавленное настроение, потерю веса, раздражительность, утомляемость, «сложности при выполнении ответственных задач, требующих концентрации», конфликты с гражданским мужем.

Из анамнеза: единственная дочь в семье. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в условиях жесткого контроля со стороны родителей, определивших главной жизненной целью достижение успеха, высокого положения в обществе, без учета личностных особенностей и возможностей дочери. По характеру: замкнутая, тревожная, ответственная. Посещала ДДУ и множество дополнительных занятий. За неудачи были предусмотрены наказания с применением физической силы. Закончила школу с углубленным изучением иностранных языков. Учеба в школе давалась с трудом. Следуя требованиям родителей, стремилась превзойти одноклассников в учебе, затрачивая на это массу усилий, часто в ущерб отдыху и ночному сну. Имеет высшее образование (диплом с отличием). В возрасте 23 лет вышла замуж за однокурсника, отличавшегося мягким, уступчивым характером. Через два года брак расторгла, аргументируя свое решение «мягкотелостью супруга и отсутствием у него личностного стержня». В родительскую семью не вернулась. Проживала самостоятельно. Поступила в аспирантуру. Во время работы над кандидатской диссертацией вступила в гражданский брак с научным руководителем, со стороны которого в последние несколько месяцев испытывает «психологическое давление и жесткую критику», что является причиной частых конфликтных ситуаций и появления вышеозначенных жалоб.

Вопросы:

1. Наличие какого расстройства можно предположить в данном случае?
2. Какова основная цель лечения?
3. В рамках какого подхода наиболее эффективно психотерапевтическое вмешательство в данном случае?

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ № 3

По результатам обучения во ВТОРОМ полугодии

Промежуточная аттестация № 3 (второе полугодие) проводится на заседании кафедры на основании отчетов по практике за два года обучения и презентации описания клинического случая пациента, ведение которого самостоятельно осуществлял обучающийся. Во время презентации обучающийся отвечает на вопросы, подготовленные куратором заранее и любым другим сотрудником кафедры из ППС.

Руководитель практики от профильной организации имеет право принимать участие в оценке уровня сформированности профессиональных компетенций, освоенных обучающимся во время практики.

Презентация клинического случая проверяет сформированность компетенции УК-1.; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.; ОПК-9.; ПК-4.; ПК-5.;

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяют компетенции УК-3, УК-4, ОПК-2, ПК-3, ОПК-8

Эталонные ответы могут служить руководством для оценивания, но обучающийся может представить другие ответы, основанные на его знаниях и опыте, которые также могут быть правильными.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Ваше отделение неврологии получило указание от руководства лечебно-профилактического учреждения выполнить следующую медицинскую задачу: разработать и внедрить протокол обследования и лечения пациентов с соматоформными расстройствами. Вашей задачей, как заведующего психотерапевтическим отделением, является организация и координация работы врачей психотерапевтов для выполнения этой задачи.

Вопросы:

4. Какие шаги вы предпримете для разработки протокола обследования и лечения пациентов с соматоформными расстройствами?
5. Как вы будете координировать работу врачей психотерапевтов при внедрении протокола?
6. Какие показатели эффективности вы будете использовать для оценки успешности внедрения протокола?
7. Какие проблемы могут возникнуть при внедрении протокола и как вы планируете их решать?
8. Как вы будете оценивать эффективность протокола на протяжении времени?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2.

Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Ваша задача - организовать эффективную деятельность сотрудников отделения для обеспечения качественного медицинского обслуживания и достижения поставленных целей. В связи с увеличением числа пациентов и необходимостью улучшения организации работы, вы решаете внести изменения в систему организации деятельности сотрудников отделения.

Вопросы:

1. Какие меры вы предпримете для оптимизации расписания работы сотрудников психотерапевтического отделения?
2. Каким образом вы будете распределить задачи и ответственность между сотрудниками психотерапевтического отделения?
3. Как вы будете организовывать работу врачей психотерапевтов с медицинским персоналом (медсестрами, клиническими психологами и т.д.)?
4. Как вы будете оценивать производительность и качество работы сотрудников психотерапевтического отделения?
5. Как вы будете стимулировать и поддерживать мотивацию сотрудников психотерапевтического отделения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Вы являетесь заведующим психотерапевтического отделения в лечебно-профилактическом учреждении. Вам необходимо помочь новой старшей мед. сестре наладить работу среднего

медицинского персонала в отделении, обеспечивая качественный медицинский уход, соблюдение процедур и стандартов, а также развитие и поддержку сотрудников.

Вопросы:

1. Каким образом вы будете организовывать дежурства и распределение обязанностей среднего медицинского персонала?
2. Как вы будете обучать и повышать квалификацию среднего медицинского персонала?
3. Как вы будете обеспечивать соблюдение процедур и стандартов работы средним медицинским персоналом?
4. Как вы будете поддерживать коммуникацию и координацию работы среднего медицинского персонала?
5. Как вы будете оценивать производительность и эффективность работы среднего медицинского персонала?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4.

Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Одной из важных задач вашей работы является организация работы младшего медицинского персонала, который выполняет разнообразные медицинские процедуры, обеспечивает уход за пациентами и поддерживает работу отделения.

Вопросы:

1. Как вы будете обучать и интегрировать новых сотрудников младшего медицинского персонала?
2. Каким образом вы будете распределять задачи и обязанности среди младшего медицинского персонала?
3. Как вы будете оценивать производительность и качество работы младшего медицинского персонала?
4. Как вы будете поддерживать мотивацию и профессиональное развитие младшего медицинского персонала?
5. Как вы будете обеспечивать соблюдение процедур и стандартов работы младшим медицинским персоналом?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5.

Вы являетесь врачом психотерапевтом в лечебно-профилактическом учреждении. Вам поручено создать мультидисциплинарную бригаду для решения лечебно-диагностических задач, возникающих при ведении пациентов с коморбидной патологией. Для этой цели Вам необходимо взаимодействие с другими специальностями, такими как врачами психиатрами наркологами, кардиологами, и др., а также с клиническими психологами, специалистами по социальной работе. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Каким образом вы будете обеспечивать эффективное взаимодействие между врачами разных специальностей с целью установления диагноза?
2. Как вы будете организовывать координацию лечебных мероприятий и назначений между различными врачами для эффективного лечения пациента?
3. Каким образом вы будете обеспечивать эффективное использование диагностических возможностей различных специалистов для точной диагностики пациентов?
4. Как вы будете решать конфликтные ситуации или разногласия между разными специальностями в процессе командной работы?
5. Как вы будете оценивать эффективность командной работы разных специалистов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Вы устраиваетесь на работу врача психотерапевта в лечебно-профилактическое учреждение для ведения амбулаторного приема. Вы знаете, что Ваш предшественник уволился в связи с частыми жалобами от пациентов. Сформулируйте принципы, которыми вы будете руководствоваться в Вашей работе, чтобы избежать подобных ситуаций, не провоцировать конфликты и сглаживать противоречия, возникающие в процессе общения с пациентами. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между врачом и пациентом во время консультации. Какие шаги вы предпримете для разрешения этого конфликта?
2. Возникает разногласие между врачом и пациентом относительно предлагаемого лечебного курса. Как вы будете управлять этой ситуацией и достичь взаимопонимания?
3. Как вы будете реагировать на недовольство пациента в отношении предоставленных медицинских услуг или результатов лечения?
4. Каким образом вы будете применять навыки коммуникации для установления доверительных отношений с пациентом и предотвращения конфликтов?
5. Как вы будете измерять уровень удовлетворенности пациентов и оценивать качество их взаимодействия с врачом?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7.

Вы являетесь заведующим психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении. Одна из задач Вашей деятельности находить пути разрешения конфликтов и противоречий, возникающих в процессе делового общения внутри коллектива. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между вами, в качестве заведующего отделением, и медицинским персоналом вашего отделения. Какие шаги вы предпримете для разрешения этого конфликта?
2. Как вы будете управлять ситуацией, когда возникают разногласия внутри медицинского персонала вашего отделения относительно распределения обязанностей и ответственности?
3. Как вы будете реагировать на недовольство медицинского персонала относительно управленческих решений или условий работы?
4. Каким образом вы будете применять навыки коммуникации для установления доверительных отношений с медицинским персоналом и предотвращения конфликтов?
5. Как вы будете измерять уровень удовлетворенности медицинского персонала и оценивать качество их взаимодействия с вами в качестве заведующего отделением?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8.

Вы являетесь врачом в психотерапевтическом отделении в лечебно-профилактическом учреждении. Как лечащий врач Вы часто общаетесь с родственниками пациентов. Ваша задача избегать возникновения конфликтов и противоречий, и максимально быстро разрешать их в случае возникновения. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда родственник пациента выражает недовольство или несогласие с проводимым лечением или рекомендациями врача. Как вы будете управлять этой ситуацией и разрешать конфликт?

2. Как вы будете управлять ситуацией, когда родственник пациента выражает недовольство качеством обслуживания или взаимодействием с Вами и другим медицинским персоналом?
3. Вы замещаете заболевшего коллегу. Как вы будете реагировать на конфликт, возникший ранее между Вашим коллегой и родственником пациента, из-за разногласий в отношении плана лечения или прогноза заболевания?
4. Каким образом вы будете использовать навыки активного слушания для разрешения конфликтов с родственниками пациентов?
5. Как вы будете измерять эффективность ваших действий и подходов в разрешении конфликтов с родственниками пациентов?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

Вы проводите практическое занятие по психотерапии с группой студентов. У Вас нет предыдущего опыта преподавательской работы. Видя Вашу молодость и волнение один из студентов пытается найти Ваши слабые стороны, чтобы таким образом повысить свою текущую позицию в учебном процессе. Его претензии могут быть как обоснованными, так и необоснованными. Опишите Ваши действия в возникающих ситуациях.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда студент выражает недовольство или несогласие с методами обучения или оценками преподавателя. Как вы будете управлять этой ситуацией и разрешать конфликт?
2. Как вы будете управлять ситуацией, когда студент выражает недовольство качеством преподавания или Вашим к нему отношением?
3. Как вы будете реагировать на конфликт между преподавателем и студентом, возникший из-за разногласий в отношении учебных заданий или требований?
4. Каким образом вы будете использовать навыки активного слушания для разрешения конфликтов с студентами?
5. Как вы будете измерять эффективность ваших действий и подходов в разрешении конфликтов с студентами?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10.

Вы являетесь ординатором кафедры психиатрии и психотерапии 2го года обучения. Вас выбрали старостой и помощником куратора по воспитательной работе. В Вашей группе обучаются ординаторы различных этнических, конфессиональных и культурных групп. Ваша задача избегать возникновения конфликтов и противоречий на почве этнической, конфессиональной и культурной принадлежности, и максимально быстро разрешать их в случае возникновения. Опишите Ваши действия в различных предлагаемых ситуациях, которые могут возникнуть внутри коллектива.

Вопросы:

1. Представьте ситуацию, когда возникает конфликт между членами коллектива из-за различий в этнической, конфессиональной или культурной принадлежности. Как вы будете управлять этой ситуацией и способствовать разрешению конфликта?
2. Как вы будете реагировать на ситуацию, когда возникают предубеждения или дискриминация по этническим, конфессиональным или культурным основаниям внутри коллектива?
3. Каким образом вы будете организовывать межкультурный обмен знаниями и опытом среди обучающихся?
4. Как вы будете измерять успех ваших усилий по разрешению этнических, конфессиональных и культурных конфликтов внутри коллектива?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11.

В качестве заведующего психотерапевтическим отделением в лечебно-профилактическом учреждении в Ваши должностные инструкции входит задача систематизации и использования

медико-статистических показателей для оценки качества оказания медицинской помощи в вашем отделении.

Вопросы:

1. Какие медико-статистические показатели можно использовать для оценки качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?
2. Каким образом вы будете систематизировать и анализировать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?
3. Каким образом вы будете использовать полученные медико-статистические показатели для улучшения качества оказания медицинской помощи в психотерапевтическом отделении?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12.

Для улучшения медицинского обслуживания населения и улучшения показателей работы психотерапевтического отделения необходимо использовать показатели и критерии качества оказания медицинской помощи. Вам поручено организовать эту работу.

Вопросы:

1. Какие показатели и критерии качества оказания медицинской помощи можно применять в психотерапевтическом отделении?
2. Каким образом вы будете собирать и анализировать данные для оценки показателей качества оказания медицинской помощи?
3. Каким образом вы будете использовать полученные показатели и критерии качества оказания медицинской помощи?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13.

Выпускник целевой ординатуры по психотерапии приехал для работы в свой регион в качестве врача-психотерапевта районной больницы. Ему было дано поручение организовать проведение просветительной работы по сохранению здоровья граждан в районе.

Вопросы:

1. Какие методы и средства просветительной работы вы будете использовать для обеспечения сохранения здоровья граждан?
2. Каким образом вы будете определять приоритетные направления просветительной работы и целевую аудиторию?
3. Каким образом вы будете оценивать эффективность проводимой просветительной работы?

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России	
Сертификат	00FD35568D6E44A682C5AE0E82D9AC2C35
Владелец	Пармон Елена Валерьевна
Действителен	с 26.06.2024 по 19.09.2025

