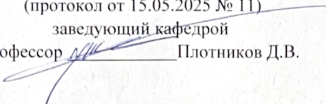



Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Владимир Владимирович
Должность: Ректор
Дата подписания: 17.04.2026 18:26:34
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c4753347

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

решением кафедры психиатрии
(протокол от 15.05.2025 № 11)
заведующий кафедрой
профессор  Плотников Д.В.

УТВЕРЖДЕНО

решением ученого совета факультетов
медицинских специальностей
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России
(протокол от 16.05.2025 № 10)
председатель ученого совета
доцент  А.А. Нетяга

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
по **Психиатрии, медицинской психологии**

Факультет	лечебный
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Курс	5 Семестр IX,X
Трудоемкость (з.е.)	5
Количество часов всего	180
Форма промежуточной аттестации	зачет, экзамен

Разработчики рабочей программы:
(доцент, к.м.н., Бельских И.А.)

Курс – 2025

Рабочая программа дисциплины Психиатрия, медицинская психология разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению специальности 31.05.01 Лечебное дело.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью изучения дисциплины Психиатрия, медицинская психология является формирование у студентов практического опыта, направленного на первичную диагностику психических и поведенческих расстройств у взрослых; своевременного направления больного к врачу-психиатру; оказания неотложной психиатрической и наркологической помощи; проведения фармакологической и психотерапевтической коррекции психических нарушений пациентам общей медицинской практики; осуществления профессиональной деятельности с учетом принятых в обществе принципов врачебной этики, законов и правовых нормативных актов.

Задачи дисциплины:

1. сформировать навыки деонтологии, морально-этической и правовой культуры, необходимые для курации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами;
2. изучить принципы проведения диагностики, фармакотерапии, психотерапии, личностной коррекции и реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами;
3. определять у пациентов психиатрического профиля состояния, симптомы, синдромы заболевания и нозологические формы, в соответствии с разделом психических и поведенческих расстройств из Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;
4. освоить тактику ведения и лечения психических расстройств с использованием действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом принятых стандартов медицинской помощи в психиатрии;
5. освоить диагностику и коррекцию неотложных состояний у взрослых, обнаруживающих психические и поведенческие расстройства;
6. владеть принципами диагностики психических и поведенческих расстройств у взрослых в чрезвычайных ситуациях;
7. проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, и диспансерное наблюдение за больными с хроническими психическими заболеваниями.

8. проводить экспертизу временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы пациентам, обнаруживающим психические и поведенческие расстройства;
9. осуществлять профилактическую работу с больными, а также с их родственниками с целью сохранения и укрепления здоровья населения.
10. исследование влияния заболеваний на психику человека и его поведение.
11. анализ влияния психологических факторов на возникновение, развитие и лечение заболеваний, а также на профилактику.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы и требования к планируемым результатам обучения по дисциплине

Дисциплина_Психиатрия, медицинская психология_относится к *базовой* части образовательной программы.

Процесс изучения дисциплины обеспечивает достижение планируемых результатов освоения образовательной программы и направлен на формирование следующих компетенций:

Компетенция		Логическая связь с дисциплинами учебного плана
код	формулировка	
ОПК-4	Способен и готов реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Сестринское дело; Биоэтика; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия;

		<p>Клиническая фармакология; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Стоматология; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика, акушерско-гинекологическая помощь.</p>
ОПК-5	<p>Способен и готов анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</p>	<p>Пропагандистика внутренних болезней; Общая хирургия; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Клиническая фармакология; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия;</p>

		Судебная медицина; Онкология, лучевая терапия;. Клиническая патология; Детская хирургия; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика; Акушерско-гинекологическая помощь.
ОПК-6	Готов к ведению медицинской документации	Сестринское дело; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Клиническая фармакология; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия;

		<p>Стоматология; Судебная медицина; Онкология, лучевая терапия; Клиническая патология; Детская хирургия; Генетика, медицинская экология; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика.</p>
ПК-2	<p>Способен и готов к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<p>Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Инфекционные болезни; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Общая врачебная практика; Принципы синдромальной диагностики в клинике внутренних болезней; Геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; Формирование профессиональных</p>

		компетенций врача общей практики/семейного врача.
ПК-5	<p>Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания</p>	<p>Иммунология; Биохимия; Микробиология, вирусология; Патологическая анатомия; Патофизиология; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Стоматология; Судебная медицина; Онкология, лучевая терапия; Клиническая патология; Детская хирургия; Общеклиническая</p>

		<p>диагностика, первая доврачебная помощь; Лучевая диагностика; Генетика, медицинская экология; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика; Принципы синдромальной диагностики в клинике внутренних болезней; Геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; Лучевая диагностика неотложных состояний; Инфекции, передаваемые половым путем; Тренинг коммуникативной компетентности врача; Формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача.</p>
ПК-6	<p>Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.</p>	<p>Иммунология; Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология;</p>

		<p>Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Профболезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Инфекционные болезни; Эпидемиология, военная эпидемиология; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Стоматология; Судебная медицина; Онкология; Лучевая терапия; Клиническая патология; Детская хирургия; Общеклиническая диагностика, первая доврачебная помощь; Генетика, медицинская экология; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика; Принципы синдромальной диагностики в клинике внутренних болезней; Геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; Инфекции, передаваемые половым путем; Формирование профессиональных</p>
--	--	--

		компетенций врача общей практики/семейного врача.
ПК-7	Готов к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Судебная медицина; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика; Формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача.

ПК-8	Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Пропедевтика внутренних болезней; Общая хирургия; Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Клиническая фармакология; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Стоматология; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Клиническая иммунология; Общая врачебная практика; Принципы синдромальной диагностики в клинике внутренних болезней; Геронтология и гериатрия в интернологии. Актуальные вопросы гериатрической
------	---	--

		<p>эндокринологии; Фармакология в кардиологии; Инфекции, передаваемые половым путем; Инновационные технологии в эстетической дерматологии; Формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача; Паллиативная помощь больным.</p>
ПК-9	<p>Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Дерматовенерология; Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология, ортопедия; Госпитальная хирургия; Инфекционные болезни; Стоматология; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Общая врачебная практика; Геронтология и гериатрия в интернологии.</p>

		<p>Актуальные вопросы гериатрической эндокринологии; Фармакология в кардиологии; Инфекции, передаваемые половым путем; Инновационные технологии в эстетической дерматологии; Формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача; Паллиативная помощь больным.</p>
ПК-10	<p>Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p>	<p>Неврология; Факультетская терапия; Факультетская хирургия; Урология; Акушерство; Гинекология; Оториноларингология; Офтальмология; Эндокринология; Фтизиатрия; Педиатрия; Госпитальная терапия. Проф.болезни; Поликлиническая терапия, физиотерапия; Травматология; ортопедия; Госпитальная хирургия; Нейрохирургия; Инфекционные болезни; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Онкология, лучевая терапия; Детская хирургия; Общая</p>

		<p>врачебная практика; Курс практической подготовки по технике базовых манипуляций; Принципы синдромальной диагностики в клинике внутренних болезней; Формирование профессиональных компетенций врача общей практики/семейного врача; Обучающий симуляционный курс; Неотложные состояния в практике врача.</p>
ПК-11	<p>Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Неврология; Эндокринология; Травматология, ортопедия; Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия; Клиническая иммунология; Курс практической подготовки по технике базовых манипуляций; Лучевая диагностика неотложных состояний; Хирургические навыки; Принципы оказания экстренной помощи; Обучающий симуляционный курс; Неотложные состояния в практике врача.</p>

Содержание компетенций (этапов формирования компетенций)

Код компетенции	Формулировка компетенции	Этапы формирования и индикаторы достижения компетенции		
		Знает	Умеет	Владеет (имеет практический опыт)
1	2	3	4	5
ОПК-4	Способен и готов реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	- морально-этические и деонтологические нормы, правила и принципы профессионального и врачебного поведения – основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций - права и обязанности пациентов и медицинских работников - способы общения и взаимодействия с различными возрастными категориями пациентов, родителями, коллегами	- реализовать на практике этические и деонтологические принципы профессиональной деятельности – применять основные этические документы международных организаций, отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций	- навыками реализации врачебной деонтологии и медицинской этики - навыками реализации и защиты своих прав и прав пациентов
ОПК-5	Способен и готов анализировать результаты	- основы анализа результатов собственной	- анализировать результаты собственной	- навыками анализа результатов своей

	<p>собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</p>	<p>деятельности для предотвращения профессиональных ошибок</p> <ul style="list-style-type: none"> - нормативные документы по ответственности медицинских организаций и медицинского персонала за ненадлежащее врачевание, профессиональные и должностные правонарушения - теоретические вопросы сбора, хранения, поиска, переработки, распространения медицинской информации - возможные ошибки в практике врачей различного профиля - основы доказательной медицины 	<p>деятельности для предотвращения врачебных ошибок</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить анализ диагностических и лечебных мероприятий по медицинской документации (истории болезни) с учетом действующих порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - самостоятельно решать профессиональные задачи с использованием всех доступных информационных ресурсов и 	<p>врачебной деятельности и формулировки выводов</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья взрослого населения, деятельности медицинских организаций и в научных исследованиях - имеет опыт анализа представленных в медицинских документах сведений для верификации диагноза
--	--	--	--	---

			<p>осуществлять оценку результатов своей профессиональной деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать возможные последствия профессиональных ошибок 	
ОПК-6	<p>Готов к ведению медицинской документации</p>	<ul style="list-style-type: none"> - основные виды медицинской документации, используемой в медицинских организациях, в том числе при ведении пациентов - правила оформления медицинской документации 	<ul style="list-style-type: none"> - заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде - работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющим и врачебную тайну - составлять план работы и отчет о своей работе 	<ul style="list-style-type: none"> - навыками ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде - навыками составления плана работы и отчета о своей работе
ПК-2	<p>Способен и готов к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения - принципы диспансерного 	<ul style="list-style-type: none"> - проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и 	<ul style="list-style-type: none"> - навыками участия в проведении медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами

		<p>наблюдения за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами - перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации</p>	<p>иными документами - организовывать и проводить иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям и (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития - проводить</p>	<p>и иными документами - навыками участия в проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - навыками осуществления диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными</p>
--	--	---	--	--

			<p>диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском</p> <p>- назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний</p>	<p>документами - навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями</p> <p>- навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий</p>
ПК-5	<p>Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов</p>	<p>- порядки оказания медицинской помощи, клинические</p>	<p>- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и</p>	<p>- навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</p>

	<p>осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания</p>	<p>рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов - этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов - методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</p>	<p>анализировать полученную информацию - проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты - обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследования пациента, направления на консультации к врачам-специалистам - анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований - интерпретировать результаты</p>	<p>- навыками проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) - навыками формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента - навыками направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом</p>
--	--	--	---	---

		<p>- методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</p>	<p>сбора информации о заболевании пациента, данные, полученные при лабораторном и инструментальном обследовании пациента, консультациях пациента врачами-специалистами - анализировать и интерпретировать данные, полученные при патолого-анатомических исследованиях - осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов - проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний - определять очередность объема, содержания и</p>	<p>стандартов медицинской помощи - навыками направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара 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 - навыками проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями / состояниями, в том числе неотложными</p>
--	--	---	--	--

			последовательности диагностических мероприятий - определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	
ПК-6	Способен к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	- Международную статистическую классификацию болезней - алгоритм и критерии определения у больных различного профиля основных патологических состояний, синдромов, заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-Х)	- выделять основные патологические симптомы и синдромы, формулировать клинический диагноз в соответствии с МКБ-Х	- навыками установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-7	Готов к проведению экспертизы	- порядок экспертизы временной	- определять признаки временной	- навыками проведения экспертизы

	<p>временной нетрудоспособности, участие в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента - порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу - признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами - правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи, на медико-социальную экспертизу - порядок констатации смерти человека и определение давности ее наступления, признаки</p>	<p>нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами - констатировать биологическую смерть человека, описывать суправитальные реакции, ранние и поздние трупные явления</p>	<p>временной нетрудоспособности и работы в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности и - навыками подготовки необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы - навыками направления пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу - порядком констатации биологической</p>
--	---	---	---	--

		биологической смерти человека		смерти человека
ПК-8	Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	- тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских	- определять тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами - составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	- навыками определения тактики ведения и разработки плана лечения заболевания 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>изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказан ия к их применению; осложнения, вызванные их применением - современные методы немедикаментоз ного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия немедикаментоз ного лечения; медицинские показания и противопоказан</p>		
--	--	--	--	--

		ия к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением		
ПК-9	Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	- тактики ведения больных в условиях поликлиники и дневного стационара	- назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям и (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза,	- навыками назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - навыками назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с

			<p>возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям и (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения</p> <p>- планировать и контролировать ведение больных с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и</p>	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>- навыками оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками</p>
--	--	--	--	---

			условиях дневного стационаре	
ПК-10	<p>Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающих ся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p>	<p>- основные лечебные мероприятия при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающи хся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, показания к госпитализации</p> <p>- клиническую картину и возможные осложнения внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний различного профиля, не сопровождающи хся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p> <p>- методы</p>	<p>- выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>- выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, оказывать помощь в случае обострения хронических заболеваний, не сопровождающ ихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</p>	<p>- навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>- навыками распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>- навыками оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p>

		проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных		- навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме
ПК-11	Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	- основные лечебные мероприятия при оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации, выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания - клиническую картину и возможные осложнения состояний,	- выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания - выполнять мероприятия по оказанию скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с	- навыками оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме

		<p>требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания</p>	<p>электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</p>	<p>пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) - навыками применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>
--	--	--	--	--

3. Разделы (темы) дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении

Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Код компетенции
1	2	3
Общая психопатология	<p>Предмет и задачи психиатрии. Основные исторические этапы развития психиатрии. Методы психиатрического обследования: клинический, общесоматический, лабораторный, нейрофизиологический. Исследование структуры мозга. Психологические методы. Разделы психиатрии. Организация психиатрической помощи в РФ. Правовые основы оказания психиатрической помощи. Виды экспертиз психически больных.</p> <p>Расстройства ощущений и восприятия; расстройства внимания и памяти.</p> <p>Патология мышления. Классификация расстройств мышления. Расстройства мышления по форме.</p>	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6 ПК-5, ПК-6

	<p>Расстройства мышления по содержанию. Нозологические особенности расстройства мышления. Методы исследования мышления.</p> <p>Расстройства сознания. Расстройства сферы эмоций и воли, влечений. Патология двигательной сферы</p> <p>Психопатологические синдромы. Понятия негативных и продуктивных психопатологических синдромов.</p> <p>Невротические и психотические синдромы. Понятие регистров психопатологических расстройств.</p>	
<p>Частная психиатрия и наркология</p>	<p>Терапия психических расстройств, неотложные (ургентные) состояния в психиатрии, основные принципы профилактики и реабилитации</p> <p>Органические, включая симптоматические психические расстройства: эндогенно-органические заболевания головного мозга. Определение понятия. Атрофические заболевания мозга: болезнь Альцгеймера, Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона. Сосудистые заболевания мозга. Эпилепсия. Клиника, лечение.</p> <p>Органические, включая симптоматические психические расстройства: экзогенно-органические заболевания: травмы головного мозга, психические расстройства при инфекционных заболеваниях, опухолях головного мозга, интоксикационные психозы. Психические расстройства при соматических заболеваниях. Клиника, лечение, профилактика.</p> <p>Шизофрения. Шизотипическое расстройство. Шизоаффективные расстройства. Хронические бредовые психозы. Клиника, лечение. Маниакально-депрессивный психоз (МДП). Аффективные расстройства по МКБ – 10.</p> <p>Психогенные заболевания: реактивные психозы, их диагностика и лечение. Неврозы. Классификация по МКБ – 10. Диагностика и лечение.</p> <p>Расстройства личности (психопатии). Критерии и клинические проявления. Патохарактерологическое развитие личности.</p> <p>Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.</p> <p>Наркомании, токсикомании. Определение, классификация, клиническая картина, лечение.</p>	<p>ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

Предмет, объем и методы медицинской психологии	Предмет и задачи медицинской психологии. Взаимосвязь медицинской психологии с другими науками. Роль психологических знаний в работе врача. Методы психологического исследования в клинике.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ПК-5
Фрустрация. Психологические механизмы защиты “Я”.	Структура личности. Сфера потребностей и иерархия мотивов. Стресс, психогении, фрустрация, конфликт, копинг, защитные психологические механизмы.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6
Психосоматические заболевания. Дифференциально-диагностические критерии психосоматических заболеваний	Психосоматические заболевания. Клинический разбор больных соматического профиля с нарушением эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем.	ПК-2 ПК-6 ПК-7
Особенности профессионального общения медика. Лечебное воздействие.	Внутренняя картина болезни. Актуальные проблемы медицинской этики и деонтологии. Синдром эмоционального «выгорания» медицинских работников. Взаимоотношения врача и других медицинских работников с больными. Психологические основы медикаментозного и других видов лечения. Психологические основы психотерапии. Психологические основы психогигиены. Психологические основы психопрофилактики. Психологические основы реабилитации.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11
Общая психопатология. Расстройства мышления. Патология мышления при различных психических заболеваниях.	Общая психопатология. Классификация расстройств мышления. Расстройства мышления по форме. Расстройства мышления по содержанию. Методы исследования мышления.	ПК-6 ПК-7 ПК-8
Расстройства памяти и внимания. Патология памяти и внимания при различных психических заболеваниях.	Процессы памяти и внимания в норме и патологии. Разновидности патологии памяти. Методики исследования памяти. Основные характеристики внимания, соотношение нарушения свойств внимания при различной патологии психики. Методики исследования внимания	ПК-6 ПК-7 ПК-8

4. Учебно-тематический план дисциплины(в академических часах)

Наименование раздела (или темы) дисциплины	Контактная работа		Внеаудит орная (самостоя тельная) работа	Итого часов	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения		Формы текущег о контрол я успевае мости и промеж точной аттеста ции	
	всего	из них			Традици онные	Инте ракт ивны е		
		лекци и						пра кти ческ ие заня тия
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Общая психопатология	32	8	24	19	51	ЛВ, СИ ПЗ, ЗС		С, Т
Частная психиатрия и нарколология	38	8	30	19	57	ЛТ УФ ПЗ ЛВ КПЗ ЗС ИБ Д	МГ КС	С, Т, АКС ЗИБ
Предмет, объем и методы медицинской психологии.	6	2	4			ЛТ ПЗ ПС		Т, С
Фрустрация. Психологические механизмы защиты “Я”.	6	2	4			ПЗ ПС		Т, С
Психосоматические заболевания. Дифференциально- диагностические критерии психосоматических заболеваний.	6	2	4	1		ЛТ, СИ ПЗ ПС УФ		Т, С
Особенности профессионального	6	2	4	1		ЛТ, СИ	КС	Т, С, АКС,

общения медика. Лечебное воздействие						ПЗ ПС		
Общая психопатология. Расстройства мышления. Патология мышления при различных психических заболеваниях.	5	1	4			ЛВ ПЗ ПС УФ	КС	Т, С, АКС,
Расстройства памяти и внимания. Патология памяти и внимания при различных психических заболеваниях..	5	1	4			ЛТ ПЗ ПС	КС	Т, С, АКС, Пр, КЗ
Экзамен	-	-	-	-	36	-	-	Т,С, Пр-
Зачет	-	-	-	-	-	-	-	Т,С
ИТОГО:	-	-	-	-	180			

4.1.Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения

ЛТ	традиционная лекция	УФ	учебный видеофильм
ЛВ	лекция-визуализация	ЗС	решение ситуационных задач
КПЗ	клиническое практическое занятие	КС	анализ клинических случаев
ПЗ	практическое занятие	МГ	метод малых групп
СИ	самостоятельное изучение тем, отраженных в программе, но не рассмотренных в аудиторных занятиях	ИБ	подготовка истории болезни
		КС	круглый стол, дискуссии
		Д	

4.2.Формы текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

АКС	анализ клинических случаев (клинический разбор)	Пр.	оценка освоения практических навыков (умений)
------------	---	------------	---

		С	оценка по результатам собеседования (устный опрос)
Т	тестирование	ЗИБ	защита историй болезни

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Основная литература

1. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. и др. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-8387-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483879.html>
2. Фролова, Ю. Г. Медицинская психология : учебник / Ю. Г. Фролова. — 2-е изд. — Минск : Вышэйшая школа, 2020. — 432 с. — ISBN 978-985-06-3298-2. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/120138.html>

2. Дополнительная литература

1. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учебник / Цыганков Б. Д. , Овсянников С. А. - 3-е изд. , стер. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5876-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458761.html>
2. Психотерапия : национальное руководство / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 992 с. - ISBN 978-5-9704-9506-3. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970495063.html>

3. Периодические издания

4. Электронное информационное обеспечение

1. Электронная библиотека КГМУ Medicus <http://library.kursksmu.net>
2. ЭБС «Консультант студента» <https://www.studentlibrary.ru>
3. IPR SMART <https://www.iprbookshop.ru>
4. eLIBRARY.RU <https://elibrary.ru>
5. КиберЛенинка <https://cyberleninka.ru>
6. Федеральная электронная медицинская библиотека <https://femb.ru/>
7. Министерство здравоохранения РФ <https://cr.minzdrav.gov.ru>
8. Всемирная организация здравоохранения <https://www.who.int>

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	2	3	4
1.	Российская Федерация, 305514, Курская область, Курский район. Посёлок Искра, 2 этаж, учебная комната №1	Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: специализированная мебель (учебная мебель, кушетка); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (ноутбук, мультимедийный проектор, экран проекционный); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.	1. Программа для создания тестов — AditTestdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpringSuite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft WinPro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
2.	Российская Федерация, 305514, Курская область, Курский район, посёлок Искра, 2 этаж, учебная комната №3	Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: специализированная мебель (учебная мебель); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (ноутбук); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного

			<p>обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015</p> <p>3. Пакет офисного ПО — Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010</p> <p>4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010</p> <p>5. Антивирус — Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018</p>
3.	<p>Российская Федерация, 305514, Курская область, Курский район, посёлок. Искра, 2 этаж, учебная комната №5</p>	<p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: специализированная мебель (учебная мебель, шкафы); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (телевизор, видеомаягнитофон, DVD-проигрыватель); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации.</p>	<p>1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010</p> <p>2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015</p> <p>3. Пакет офисного ПО — Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010</p> <p>4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010</p>

			5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
4.	Российская Федерация, 305514, Курская область, Курский район, посёлок. Искра, 2 этаж, лаборатория	Лаборатории, оснащенные лабораторным оборудованием: специализированная мебель (учебная мебель); технические средства обучения и демонстрационное оборудование (персональные компьютеры); лабораторное оборудование (ОНС – Психотест, энцефалограф, реограф, набор экспериментально-психологических и тренинговых материалов, тест акцентуации свойств темперамента, методика МДСП, методика ТАСТ); учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации	1. Программа для создания тестов — Adit Testdesk, договор № 444 от 22.06.2010 2. Программа для организации дистанционного обучения — ISpring Suite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015 3. Пакетофисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 4. Операционная система — Microsoft Win Pro 7, договор № 904 от 24.12.2010 5. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018
5.	Российская Федерация, 305514, Курская область, Курский район, посёлок Искра, ОБУЗ «Курская областная клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика Пантелеймона»	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями: тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, сантиметровые ленты, электроэнцефалограф, пеленальный стол.	

<p>6.</p>	<p>Российская Федерация, 305041, город Курск, улица Карла Маркса, дом 3, этаж 7, лекционная аудитория №5</p>	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа (260 п. м.): специализированная мебель (учебная мебель, доска, трибуна лекторская); технические средства обучения, служащие для представления информации большой аудитории (видеостена, интерактивный дисплей, лазерная указка, микрофон).</p>	<p>1. Пакет офисного ПО – Microsoft Win Office Pro Plus 2010 RUS OLP NL, договор № 548 от 16.08.2010 2. Операционная система — Microsoft WinPro 7, договор № 904 от 24.12.2010 3. Антивирус – Kaspersky Endpoint Security, договор № 832 от 15.10.2018 4. Программа для организации дистанционного обучения — ISpringSuite 7.1, договор № 652 от 21.09.2015</p>
-----------	--	--	--

7. Оценочные средства

Вопросы для устной части экзамена по психиатрии.

1. Социальная и простая фобии. Клиника. Диагностика.
2. Факторы риска возникновения психиатрической патологии (фактор возраста, фактор пола, климатические и географические факторы).
3. Хронические бредовые психозы.
4. Расстройства мыслительной деятельности по форме.
5. Корсаковский синдром. Психические заболевания, при которых он встречается.
6. Астенический синдром.
7. Синдромологическое и нозологическое направление в психиатрии. Принципы классификации психических заболеваний. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.
8. Парафренный синдром. Клинические критерии, особенности.
9. Деперсонализационно-дереализационный синдром. Клинические критерии, особенности.
10. Галлюцинаторные синдромы. Острый и хронический галлюцинозы.
11. Галлюцинаторно-бредовый синдром. Клинические критерии, особенности, варианты.
12. Кататонические синдромы. Клинические критерии, особенности, варианты.
13. Иллюзии. Определение. Классификация.
14. Понятие симптома и синдрома в клинике психических заболеваний. Их диагностическое и прогностическое значение.
15. Эмоциональные симптомы.
16. Разновидности психомоторного возбуждения, клинические проявления.
17. Предмет и задачи психиатрии и важнейшие этапы ее развития.
18. Наркотическое опьянение. Особенности острой опийной и гашишной интоксикации.
19. Понятие ипохондрии. Бредовый и небредовый варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
20. Алкогольное опьянение. Клинические проявления.
21. Паранойяльный синдром.
22. Определение понятия «деменция», формы приобретенного слабоумия.
23. Сенестопатии. Определение. Диагностические критерии.
24. Классификация нарушений памяти. Заболевания, при которых они встречаются.
25. Сверхценные идеи. Отличие от бреда и навязчивых идей. Заболевания, при которых они встречаются.
26. Разновидности и характеристика истерических двигательных расстройств.
27. Клиническая характеристика различных форм помраченного сознания.
28. Нервная анорексия. Клиника, лечение.

29. Психопатологическая структура маниакального синдрома. Разновидности.
30. Депрессивный синдром, его психопатологическая структура. Соматические симптомы, триада Протопопова. Особенности депрессивного синдрома при различных психических заболеваниях.
31. Органический психосиндром. Клиника. Заболевания, при которых он встречается.
32. Дисморфоманический синдром.
33. Тревожно-фобические расстройства. Характеристика, факторы, способствующие формированию. Клинические разновидности.
34. Галлюцинации. Разновидности. Объективные признаки галлюцинаций.
35. Синдромы выключенного сознания (обнубиляция, сопор, кома).
36. Определение бреда. Клинические формы по содержанию и механизму бредообразования. Объективные признаки бреда.
37. Посттравматическое стрессовое расстройство. Диагностические признаки.
38. Параноидный синдром.
39. Клинические признаки нарушенного сознания (по Ясперсу). Характеристика различных форм помраченного сознания.
40. Клинико-психопатологическая характеристика синдрома наркоманической зависимости.
41. Генерализованное тревожное расстройство. Диагностические критерии.
42. Абстинентный синдром при заболеваниях, обусловленных приемом психоактивных веществ. Клинические проявления.
43. Псевдогаллюцинации. Отличие от галлюцинаций.
44. Навязчивые идеи. Критерии. Разновидности. Диагностическое значение. Отличие от бредовых идей.
45. Нарушение влечений. Различные формы расстройства влечений.
46. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Структура и классификация по МКБ-10.
47. Клиника психологических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.
48. Патология зрелой личности: тревожное и зависимое расстройства личности.
49. Каковы характерные и отличительные признаки конкретно - действенного, наглядно - образного и абстрактно - логического видов мышления?
50. Делирий как синдром помрачения сознания. Клинические особенности.
51. Конверсионные (диссоциативные) расстройства. Механизмы, лежащие в основе. Клинические проявления. Диагностические критерии.
52. Послеродовые психозы. Клиническая характеристика.
53. Соматизированное расстройство. Факторы, способствующие формированию. Диагностические критерии.
54. Соматизированная депрессия. Систематика. Особенности клинических проявлений. Диагностические критерии. Лечение.

55. Алкогольный галлюциноз (клиника, течение, вопросы дифференциальной диагностики).
56. Алкоголизм. Определение понятия, отличие от бытового пьянства, симптомы характерные для различных стадий алкоголизма.
57. Неврастения. Клиника. Диагностические признаки.
58. Простая форма шизофрении. Особенности клиники. Прогноз.
59. Панические расстройства. Диагностические признаки. Заболевания, при которых они встречаются.
60. Соматоформная вегетативная дисфункция (органные неврозы). Клиника. Диагностические критерии.
61. Токсикомании, обусловленные употреблением летучих растворителей. Клиника, диагностика.
62. Эпилепсия. Клинические проявления судорожных и бессудорожных пароксизмов. Прогноз.
63. Шизофрения. Параноидная форма. Клиника. Диагностика. Прогностическая оценка.
64. Пресенильная и сенильная деменции. Клиника. Течение. Прогноз.
65. Клиника психических нарушений при церебральном атеросклерозе. Проявления атеросклеротического слабоумия. Атеросклеротические психозы.
66. Изменения личности при эпилепсии. Эпилептическое слабоумие. Клиника, отличия, течение.
67. Биполярное аффективное расстройство и циклотимия. Закономерности течения, клинические варианты.
68. Патология зрелой личности: паранойальное расстройство личности.
69. Патология зрелой личности: ананкастное расстройство личности.
70. Реактивные психозы. Разновидности. Клиника, динамика, прогноз.
71. Психические расстройства у больных, перенесших инфаркт миокарда.
72. Психопатологические синдромы и их особенности при соматических заболеваниях (астенические синдромы, расстройства сознания).
73. Соматоформное болевое расстройство. Отличие от боли органического происхождения.
74. Шизофрения. Определение понятия. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы.
75. Задержка психического развития (олигофрении), определение. Основные причины. Степени задержки умственного развития.
76. Понятие личностной акцентуации. Разновидности акцентуаций, их клинические особенности и связь с патологией зрелой личности.
77. Гипертоксическая шизофрения. Клинические проявления. Интенсивная терапия. Прогноз.

78. Токсикомания. Определение понятия. Отличие от наркомании. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Основные формы и их характеристика.
79. Кататоническая шизофрения. Клиника. Диагностика. Исход.
80. Хронические алкогольные психозы (Корсаковский психоз, алкогольный бред ревности).
81. Наркомании. Определение понятия. Эпидемиология, Этиология и патогенез. Классификация.
82. Ипохондрическое расстройство. Отличия от бредовой ипохондрии.
83. Патология зрелой личности (психопатии), общая характеристика, этиология и патогенез. Критерии по Ганнушкину, отличия акцентуаций от расстройств личности.
84. Патология зрелой личности (психопатии). Возбудимый и диссоциальный типы.
85. Патология зрелой личности (психопатии). Шизоидный тип, понятие об экспансивных и сенситивных шизоидах.
86. Тяжелые формы делирия. Клинические проявления и особенности лечения тяжело протекающего делирия.
87. Алкогольный делирий. Клиника. Диагностика. Течение. Смертельные формы.
88. Клиническая характеристика истерического и астенического расстройств личности.
89. Обсессивно-компульсивное расстройство. Клиника. Диагностические признаки.
90. Клиника пароксизмальных расстройств при эпилепсии.
91. Разновидности психических расстройств при сифилитическом поражении головного мозга. Клинико-динамическая характеристика. Серологическая диагностика.
92. Шизоаффективное расстройство. Клиника. Диагностика. Прогностическая оценка.
93. Особенности изменений личности в динамике алкоголизма.
94. Опиная (героиновая) наркомания. Особенности абстинентного синдрома.
95. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях.
96. Гашишная наркомания. Клиника. Профилактика.
97. Злокачественный нейролептический синдром.
98. Структура эпилептической деменции и характерологических изменений.
99. Эпилептический статус. Клиника, лечение.
100. Дайте определение ощущению. Назовите разновидности патологии ощущений. Понятие и нозологическая принадлежность гипестезии, гиперестезии, сенестопатии, парестезии.
101. Нейролептические средства с седативным эффектом. Показания к применению.

102. Стационарная психиатрическая помощь. Госпитализация психически больных. Порядок недобровольной госпитализации.
103. Гипнотерапия. Сущность метода. Показания к применению.
104. Организация лечебной и профилактической помощи больным алкоголизмом. Методы противоалкогольной терапии.
105. Методы лечения шизофрении.
106. Типы течения шизофрении.
107. Антидепрессанты со стимулирующим эффектом. Показания к применению.
108. Острая реакция на стресс. Клиническая картина, критерии диагностики, лечение.
109. Электросудорожная терапия в психиатрической и наркологической практике.
110. Основные принципы при лечении больных эпилепсией.
111. Лечение психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях.
112. Особенности ухода за депрессивными больными.
113. Основные принципы организации психиатрической помощи в России.
114. Тактика врача при лечении больных острыми алкогольными психозами в условиях соматического стационара.
115. Особенности надзора, удержания возбужденных больных. Транспортировка возбужденных больных.
116. Понятие психотерапии. Виды психотерапии. Гипносуггестивная, рациональная, поведенческая, групповая, семейная психотерапия.
117. Нейролептики преимущественно антипсихотического действия.
118. Шизотипическое расстройство. Клиника. Диагностика. Прогностическая оценка.
119. Препараты, стабилизирующие настроение (нормотимики).
120. Расстройство адаптации как форма невротических, связанных со стрессом, расстройств. Клиника, лечение, прогноз.
121. Классификация психотропных средств. Их значение в терапии психических заболеваний.
122. Клинические проявления нарушения подвижности эмоций: слабодушие, лабильность и инертность;
123. Клинические проявления нарушения адекватности эмоций: неадекватность, амбивалентность, патологическая тревога и страх, дисфории и дистимии;
124. Экспериментально-психологические методы исследования в диагностике психических расстройств.
125. Клинические проявления патологического ослабления эмоций: апатия, эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость.
126. Нейролептические средства с антипсихотическим эффектом. Показания к применению.

127. Препараты нейрометаболического действия. Показания к применению.
128. Социально-трудовая реабилитация психически больных.
129. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения. Порядок проведения освидетельствования.
130. Терапевтические мероприятия при биполярном аффективном расстройстве, циклотимии, соматизированной депрессии.
131. Поддерживающая терапия психотропными средствами. Использование нейролептиков пролонгированного действия.
132. Психостимуляторы. Показания к назначению.
133. Побочные явления и осложнения при применении психотропных средств. Их предупреждение и мероприятия по устранению.
134. Отказ от еды у психически больных. Причины. Кормление больных с отказом от еды.
135. Клинический метод обследования психически больного: опрос больного и наблюдение, субъективный и объективный анамнез, описание психического статуса.
136. Правовые основы оказания психиатрической помощи в России: Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. ст. 23, 24, 25, 29).
137. Раскройте механизмы действия и цель применения антидепрессантов. Приведите пример трициклического антидепрессанта с седативным компонентом действия.
138. Антидепрессанты с седативным эффектом. Показания к применению.
139. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ст. 23, 29).
140. Лечение психических расстройств в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы.
141. Лечение тревожно-фобических расстройств.
142. Транквилизаторы. Показания к применению. Приведите примеры транквилизаторов с преимущественно снотворным действием, с выраженным седативным эффектом, с легким стимулирующим действием.
143. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза в психиатрии.
144. Каковы характерные и отличительные признаки конкретно-действенного, наглядно-образного и абстрактно-логического видов мышления?
145. Клинические проявления ускорения процесса мышления и торможения процесса мышления. Характерные особенности обстоятельного мышления.
146. Дайте определение понятий «резонёрство», «разорванность», «бессвязность», «обрыв мыслей».
147. Характерные и отличительные признаки навязчивостей (обсессий). Понятие «сверхценные идеи», критерии отграничения их от бреда.
148. Содержание понятия «память», виды нарушений памяти: дисмнезии, парамнезии.

149. Сумеречное помрачение сознания, амбулаторные автоматизмы.
Клинические особенности.
150. Онейроид как синдром помрачения сознания. Клинические особенности.
151. Аменция как синдром помрачения сознания. Клинические особенности, варианты исхода.
152. Варианты бредовых синдромов. Диагностические критерии паранойяльного, параноидного и парафренного синдромов.
153. Варианты бредовых синдромов. Синдром Котара, клиника, нозологическая специфика. Синдром Капгра, клиника, нозологическая специфика.
154. Клинические проявления патологического усиления эмоций: варианты гипертимии (эйфория, экстаз, мория) и гипотимия.
155. Клинические проявления и нозологическая специфика эмоциональной лабильности, эмоциональной ригидности, дисфории и болезненного психического бесчувствия.
156. Симптомы, входящие в структуру гебефренического синдрома.
157. Виды лечебных воздействий в современной психиатрии. Понятие купирующей, поддерживающей, корректирующей терапии.
158. Побочные эффекты действия нейролептиков. Атипичные и классические нейролептики, их отличия, примеры, применение.
159. Особенности класса препаратов, относимых к ноотропам. Приведите примеры ноотропных препаратов: нейрометаболические стимуляторы, вазотропные препараты, стимуляторы процессов памяти, обучения, повышающие общий тонус мозга.
160. Деменция при болезни Пика. Этиология, патогенез, диагностические критерии, лечение и прогноз.
161. Деменция при хорее Гентингтона и болезни Паркинсона. Этиология, патогенез, диагностические критерии, лечение и прогноз.
162. Сосудистая деменция. Этиология, патогенез, диагностические критерии, лечение и прогноз.
163. Синдромы отдаленных последствий черепно – мозговой травмы (травматическая энцефалопатия, церебрастения, травматическая апатия)
164. Синдромы отдаленных последствий черепно – мозговой травмы (травматическая энцефалопатия с психопатизацией, циклотимоподобные расстройства, травматическая эпилепсия).
165. Лечебные мероприятия на разных стадиях заболевания вследствие черепно-мозговой травмы.
166. Психические нарушения при СПИДе, при прионной болезни Крейтцфельда – Якоба.
167. Клиника психических расстройств при опухолях головного мозга, общемозговые симптомы, локальные симптомы.
168. Гебефреническая шизофрения. Начало, течение, клиника, лечение и прогноз.

169. Понятие о ремиссии при шизофрении, шизофреническом дефекте и шизофреническом слабоумии.
170. Зависимость от кокаина. Клиника кокаинового опьянения.
171. Дифференциальная диагностика аффективных расстройств.
172. Дифференциальная диагностика шизофрении.
173. Истерические психозы: пуэрилизм, псевдодеменция, синдром Ганзера.
174. Депрессивный синдром, его психопатологическая структура. Когнитивная триада, депрессивная триада. Понятие витальности депрессии.
175. Обсессивно-фобический синдром. Распространенные навязчивости, ритуалы. Дифференциальная диагностика при невротических заболеваниях и патологии эндогенного круга.
176. Патология мышления при шизофрении. Понятие резонерства, ментизма, шперрунга. Аутистическое, символическое, паралогическое мышление.
177. Понятие фабулы бреда, классификация бреда по фабуле. Первичный и вторичный бред. Классификация бреда по степени размаха и степени систематизации.
178. Психоорганический синдром. Триада Вальтера-Бюэля. Клинические проявления, нозологическая специфика.
179. Общие принципы психофармакотерапии психических расстройств. Классы используемых в психиатрии препаратов. Особенности назначения и подбор доз в зависимости от пола, возраста.
180. Дифференциальная диагностика большого судорожного припадка и истерического припадка.
181. Ранги психических расстройств, понятие психоза и невроза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.
182. Методы обследования, применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений. Использование лабораторных, инструментальных и психологических методов, их диагностические возможности.
183. Синдром Кандинского-Клерамбо. Диагностическое значение, нозологическая принадлежность.
184. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Апатико-абулический синдром.
185. Алкогольная зависимость. Клинические проявления I и II стадий. Особенности алкогольного абстинентного синдрома.
186. Барбитураты, психические нарушения при острой и хронической интоксикации, клиника абстинентного синдрома. Профилактика.
187. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный параноид. Клинические проявления.
188. Терапия эндогенных психозов. Особенности и различия в терапии шизофрении и биполярного аффективного расстройства.

189. Понятие наркомании и токсикомании. Принципиальные отличия, химические вещества и лекарственные средства, вызывающие зависимость.
190. Понятие истерической конверсии. Диссоциативные и конверсионные расстройства, примеры, причины возникновения, течение.
191. Дифференциальная диагностика деменции при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.
192. Нарушения мышления при шизофрении.
193. Нейролептики, общая характеристика. Классификация по действию. Классические и атипичные нейролептики.
194. Изолированные (специфические) фобии. Часто встречающиеся варианты, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.
195. Паническое расстройство. Понятие о панической атаке. Диагностические критерии, течение и лечение панического расстройства.
196. Класс антидепрессантов. Классификация. Показания, противопоказания, специфика применения.
197. Дифференциальная диагностика сосудистой и сенильной деменции.
198. Отличия иллюзий и галлюцинаций, определения понятий. Признаки вербальных, аффектогенных и парейдолических иллюзий.
199. Диагностические критерии бреда. Характеристика резидуального, индуцированного и конформного бреда.
200. Особенности клинических проявлений усиления и ослабления (заторможенности) двигательной активности при маниакальном, кататоническом, депрессивном синдромах.

Банк профессионально-ориентированных ситуационных задач для экзамена по психиатрии.

Задача №1

Пациент Д., 24 года. В возрасте 14 лет изменилось поведение, ранее спокойный и сдержанный стал расторможенным и конфликтным, имел неоднократные приводы в милицию. Связался с плохой компанией, стал употреблять марихуану, имел случайные половые связи. Мать рассказывает, что в это же время у него появились странные привычки, например, стал стереотипно плевать, «находили приступы нецензурной речи», во время которых все ломал. После очередного правонарушения находился в тюремном заключении. Вернувшись, периодически закрывался один, громко пел, включал рок-музыку на всю громкость, конфликтовал с близкими, отказывался от работы, «говорил непонятное». При осмотре: периодически забрасывает голову вправо, приподнимая плечо. Гиперкинезы речи, после периода плавной и адекватной речи, внезапно начинает говорить быстро, сбивчиво, с тематическимисоскальзываниями. Расчесывает кожу рук. Считает, что его родители скорее всего не его родные, и ему следует от них уйти. Не обращая внимания на врача, начинает жевать жевательную резинку, которую выплевывает на пол. Память и интеллект не нарушены и соответствуют полученному образованию. При обследовании на КТ — расширение боковых желудочков мозга.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №2

Клинический пример: пациент О., 33 года. В преморбиде без особенностей. После окончания школы и службы в армии поступил и успешно окончил юридический институт, работал следователем в приморском городе. Отличался служебным рвением и высоко оценивал внимание начальства. Женат и имеет ребенка. В период активной работы по расследованию банального бытового правонарушения заметил, что за ним следят в туалете и в ванной. Когда он купается, «пускают специальные газы», от которых он засыпал, и под этим предлогом крадут служебную документацию. Пытаясь связать события, понял, что это выгодно одному из начальников для того, чтобы скрыть свои «делишки».

Сам стал за ним следить, но «оказалось, что ничего не может противопоставить «высокому покровительству». В результате, в его квартире, в том числе в телевизоре, были установлены «жучки», которые контролировали его мысли, включали желания. Благодаря такой «оперативной работе» каждое его действие и мысль стали достоянием Главного управления. Написал доклад «на верх», но не был понят, «так как все связаны между собой». В свою очередь, стал ставить подслушивающую аппаратуру в кабинете начальника, был задержан в этот

момент и подвергнут специальному расследованию. В психомоторном возбуждении доставлен в психиатрическую клинику. При госпитализации молчал, а в дальнейшем рассказал, что говорить не мог в связи с постоянным контролем речи аппаратурой. После выхода из психоза, через 10 дней, был комиссован и устроился на работу юридическим консультантом, однако по-прежнему ощущал слезку и контроль мыслей. Стал безразличен к близким, и дома обыкновенно ни чем не занимался, часами конструируя аппаратуру против слезки. Выходил в специальном берете, в который встраивал микросхемы для «экрана мыслей». Слышит голос преследователя, который иногда специальными методами продолжает подвергать радиационному воздействию его и семью.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №3

Клинический пример: Пациент Л., 20 лет. В подростковом возрасте отличался несносным поведением. Внезапно и без видимых причин вступал в конфликт с друзьями и родителями, ночевал в подвалах, употреблял гашиш и спиртное, стал воровать. С трудом окончив 9 классов, перешел в училище, которое не смог окончить, поскольку попал под суд за хулиганство. После возвращения домой решил образумиться, поступил на работу. Но его внимание привлекла некая девушка, которой стал оказывать странные знаки внимания. Она работала в большом супермаркете, и Л. стал заходить к ней по вечерам. Встречая ее, он громко говорил и употреблял нецензурные выражения, плевался и тем самым ее компрометировал, но когда она на это ему указала — разбил витрину и разбросал в магазине товары. К тому же, он стал неряшливым и совершенно не мылся, говорил много, но без всякого смысла и без центральной идеи, речь перемежал тирадами «модных выражений», которые черпал у «новых русских». Обратился к милиционеру с просьбой сопровождать его в ресторан, для охраны, а когда тот отказался — вступил в драку. Работу забросил и жил на свалке недалеко от магазина возлюбленной. Но это его совершенно не смущало, поскольку он пребывал в постоянной эйфории. За это время он совершил несколько краж, и был пойман, когда украл у ребенка пакет с леденцами. При госпитализации дурашливо смеялся, гримасничал, в речи — тематическое соскальзывание.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №4

Клинический пример: Пациент П., 28 лет. В преморбиде активный и живой. После окончания сельскохозяйственного института был распределен в

распоряжение лесного хозяйства, женился. На протяжении года супруга заметила изменения поведения: стал замкнутым, отвечал односложно на вопросы. Однажды вовремя не вернулся с работы, супруга обнаружила его сидящим на скамейке — он бессмысленно смотрел в пространство и не отвечал на вопросы. В отделении, будучи представленным сам себе, смотрит в пространство, сопротивляется изменению позы. Катаlepsия отсутствует. Мутизм и негативизм остаются стойкими и единственными симптомами на протяжении последующих двух недель. После назначения небольших доз нейролептиков (рисперидона и галоперидола) вышел из ступора. Свое состояние объяснить не мог, «не знал, как говорить», «не хотелось отвечать на вопросы». В течение двух лет никаких психопатологических расстройств не было, продолжал работать. Вновь заболел остро и без видимых причин. Появились ускоренная и разорванная речь, психомоторное возбуждение, которое сменилось ступором. Однако в клинике ступора, наряду с мутизмом и негативизмом, отмечалась катаlepsия. На вокзале стоял молча в центре зала на протяжении нескольких часов, столь необычное поведение было замечено милицией, был доставлен в клинику. Выход из ступора был более продолжительным.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №5

Клинический пример: Пациентка В., 30 лет. Не работает, занимается домашним хозяйством. Из анамнеза и по данным истории болезни известно, что два года тому назад находилась в клинике со следующим состоянием. Испытывала страхи, считала, что вокруг устраивают заговоры и снимают о ней фильм с целью компроментации, подстраивают странные ситуации, подслушивают разговоры, «крадут мысли», управляют голосом, который переправляют на другой голос. Изготовили двойника, который ведет себя всегда наоборот. Находилась в клинике на протяжении 2 месяцев. Был поставлен диагноз — острое транзиторное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, и в качестве поддерживающей терапии назначен модитен-депо. Однако от терапии отказалась и после выписки вернулась домой без психотических расстройств. Тем не менее, с трудом справлялась с домашней работой, целыми днями могла находиться в постели, не обращая внимания на детей. Периодически ощущала переливание в животе, которое объясняла тем, что «лекарства продолжают действовать». Иногда состояние улучшалось к вечеру, но чаще оно изменялось днем, становилась суетливой и тревожной. Бред и галлюцинаций не выявлено. Муж отмечает, что почти все дома вынужден он делать сам. Если она начинает стирку, то обычно не заканчивает, иногда целый день отказывается от еды, и он вынужден ее кормить «почти из рук». Вновь была госпитализирована. Свое состояние объясняет «отсутствием энергии», но совершенно им не тяготится. Мимика депрессии, поза подчинения.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №6

Клинический пример: Пациентка В., 18 лет. В детстве необщительна и замкнута, подруг нет, в школе сидит одна за партой. Много читала, но в основном мистическую литературу, любила мечтать в одиночестве. В школе понравился один мальчик, но свои чувства ему показать не могла. Рассматривая себя в зеркале, поняла, что «такая не может понравиться», заметила асимметрию правой и левой половины лица, «странные глаза». Стала постоянно носить темные очки. Затем и вовсе перестала выходить на улицу, объясняя это тем, что должна готовиться к поступлению в институт. Однако вся подготовка состояла в том, что переставляла учебники и подчеркивала в них отдельные фразы, которые переписывала в специальную тетрадь. Такую деятельность мотивировала тем, что не только должна что-то выучить, но создать «свое мнение». Обнаружила, что совершенно не понимает родителей. Раздражительно реагировала на замечания, перестала обращать внимание на свой внешний вид, неделями не мылась. При беседе держится вычурно, заявляет, что думает «о смысле жизни в энергетическом ключе», который для нее открыла биология. Уверена, что поступит в медицинский университет для того, чтобы стать косметическим хирургом и исправить форму своего носа. Эмоционально холодно рассуждает о болезни матери — «она уже прожила свое». Речь с симптомом монолога, монотонна и бедно модулирована, персеверации. В отделении переписывает отдельные фразы, которые ранее выписала из книг из одной тетради в другую. Мимика эмоционально холодна. Отмечаются некоординированные мимические движения и стереотипии жеста.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №7

Пациент Л., 58 лет, ранее работал бухгалтером; наряду с текущей работой готовил обширные годовые отчеты для фирм. Социально успешен. В анамнезе без особенностей, не курит, спиртное употребляет эпизодически. Последние несколько лет отмечал утомляемость, потерю веса. В течение года начались неприятности, стал делать ошибки в отчетах, в результате потерял большое число средств. Стал делать записи, но забывал, где их оставлял. Все эти симптомы протекали на фоне сниженного настроения и раздражительности от своей несостоятельности. Приехал в другой город и оставил машину на центральной площади, где должен был встретиться с приятелем. Через несколько часов после встречи забыл, где оставил машину, метался в ее поисках. Обратился к психиатру. При осмотре растерян, глаза широко и удивленно

раскрыты. Путает даты, точно не помнит, как попал в этот город. Отчетливое снижение памяти на текущие события и события последней недели. На КТ признаки атрофии заднелобных отделов левого полушария, компенсированная гидроцефалия.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №8

Больная С. 45 лет. По профессии художник, по характеру общительная, впечатлительная, повышено ранимая. 15 лет назад разошлась с мужем, который злоупотреблял алкоголем, изменял. Больше замуж не выходила, чтобы не навредить сыну, которого очень любила. Вся жизнь и заботы были посвящены воспитанию мальчика. Много мечтала о его будущем. Когда сыну исполнилось 19 лет, он встретил девушку, которая была старше его на 5 лет. Мать не одобряла эту дружбу, считала, что девушка ему не пара. Однажды сын позвонил по телефону и сказал, что они зарегистрировали брак и скоро приедут домой. Мать не знала, что делать с горя. В ожидании нелюбимой невестки была в сильном волнении, и когда невестка появилась на пороге квартиры, по словам больной: «в глазах у нее потемнело». Ей показалось, что она теряет зрение, и вскоре действительно перестала видеть. Почувствовала, что не может произнести ни одного слова, язык как бы перестал слушаться ее. Тут же при первой встрече ноги подкосились, и в дальнейшем не могла ходить. В больницу доставлена на носилках.

В отделении объяснялась с помощью мимики и письменно, хорошо понимала обращенную к ней речь. Была ориентирована в месте и времени, правильно оценивала сложившуюся ситуацию, тяжело вздыхала, стараясь обратить на себя внимание, искала сочувствия, легко выделяла среди окружающих лечащего врача. Бредовых, галлюцинаторных переживаний не было, интеллектуально-мнестические функции не нарушены. После нескольких сеансов гипнотерапии и лечения транквилизаторами стала вставать с постели, но длительное время ходила осторожно переставляя ноги, пошатываясь, придерживаясь за окружающие предметы. Постепенно походка и зрение восстановились. Вначале говорила беззвучно, шепотом, в дальнейшем восстановились и речь. Состояние больной ухудшалось после свидания с сыном. Была обидчивой по незначительному поводу начинала плакать, раздражалась, жаловалась на головную боль, тревожно спала, был снижен аппетит. Через 1,5 месяца лечения выписана в хорошем состоянии.

При соматическом и неврологическом обследовании патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Выделите и квалифицируйте имеющиеся у больной симптомы и ведущий синдром. Опишите механизм формирования данных симптомов.
2. Поставьте диагноз.
3. Рекомендуйте методы психокоррекционных воздействий.

Задача №9

Больная Н., 23 года, в течение двух месяцев лечилась в стационаре для больных с пограничными психическими расстройствами.

Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве без осложнений перенесла корь, ветряную оспу. Посещала детский сад. Физически и психически развивалась в соответствии с возрастом. В детстве после скандалов пьяного отца в течение 1 – 2 месяцев боялась темноты, лифтов, плохо засыпала. К врачам не обращалась. В школе училась хорошо, окончила институт. По распределению попала в мужской коллектив. По характеру – тревожно-мнительная, впечатлительная, но активная, в меру общительная.

Считает себя больной три месяца. Заболевание связывает с волнением, вызванным отъездом сестры, трудностями, возникшими в новом коллективе, неудовлетворенностью работой. В психотравмирующей обстановке появились навязчивые страхи и мысли, усилилась неуверенность в себе, нарушился сон, стало трудно сосредоточиться, работать. Замкнулась, почти все время проводила дома, похудела, начались головные боли. Навязчиво думает о том, что может заразиться СПИДом, что заражение возможно через грязные руки. Стала часто и долго мыть руки. Бойтись притрагиваться к дверным ручкам, двери открывает ногой или рукой в перчатке, которую потом стирает. Вновь возобновились страх темноты, закрытых пространств, боязнь пользоваться лифтом. В связи с чувством неуверенности стала перепроверять свои действия. Уходя из дома, несколько раз закрывала и открывала замок входной двери, проверяла, выключен ли газ, опасалась, что не сможет правильно изложить свои мысли и пр. Понимает нелепость всего этого, просит помочь ей, так как «устала от борьбы и сомнений».

К психиатру обратилась по совету знакомых. Поведение в отделении адекватное. С врачом откровенна. Мышление логичное, последовательное, обстоятельно рассказывает о проявлениях болезни, тяжело переживает это. Настроение снижено, интеллектуально - мнестические функции хорошо развиты. Соматически здорова. Признаков органического поражения ЦНС нет. Кровь, моча, ЭЭГ, рентгенография черепа без патологий.

Больной проводилась рациональная психотерапия, были назначены транквилизаторы, антидепрессанты, витамины, физиопроцедуры. Она была обучена аутогенной тренировке, которой успешно пользуется. Навязчивые страхи и мысли прошли.

Вопросы:

1. Выделите и квалифицируйте имеющиеся у больной симптомы и ведущий синдром. Опишите механизм формирования данных симптомов.
2. Поставьте диагноз.
3. Рекомендуйте методы психокоррекционных воздействий.

Задача №10

Больная 35 лет, преподаватель в колледже. Обратилась к психиатру по настоянию родственников в связи со значительным снижением активности, тоскливым настроением, потерей в весе (около 8 кг за 1 месяц).

Раннее развитие без особенностей. В школе училась хорошо. Успешно закончила филологический факультет. Замужем, есть ребенок. По характеру эмоциональна, ранима, чувствительна. С юности отмечает эпизоды сниженного настроения в весеннее – осенний период. Настоящее ухудшение около месяца назад: нарушился сон, спит 3-4 часа в сутки, просыпается ранним утром с чувством невыносимой тоски и тревоги, которые немного отступают к вечеру. Пропал аппетит, ест только по настоянию родных. На работе рассеянна, невнимательна, перестала справляться со своими обязанностями. Дома все заботы о ребенке и хозяйстве взял на себя муж. При поступлении сознание ясное. В пространстве, времени, собственной личности ориентирована правильно. Настроение снижено. Лицо бледное, амимичное, взгляд устремлен в одну точку. На вопросы отвечает неохотно. Говорит, что ее нахождение в психиатрической больнице правильное, т.к. ей незачем обременять родных. Считает себя «никчемной», «бесполезной», а свою жизнь – «бессмыслицей». Бредово – галлюцинаторной симптоматики не выявляется. Критика сохранена: говорит, что больна, просит помочь ей. Суицидальных мыслей не высказывает.

Сомато – неврологический статус без особенностей.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №11

Девочка 12 лет, заболела инфекционным мононуклеозом. В течение 2 дней температура поднимается до 40 градусов. Отмечается беспокойство в пределах постели. Бойтся ковра, на котором видит дракона, который превращается в множество «маленьких динозавров», считает, что «занавеска на окне живая», разговаривает с невидимыми подружками, «которые принесли домашнее задание», уверяет, что завтра должна сдавать экзамен. На фоне нарастающей тревоги и страха совершаются стереотипные поправляющие движения пальцами одеяла, глаза широко и удивленно раскрыты, выражена вегетативная реакция. Максимум переживаний отмечается в вечернее и ночное время. Замечает, что комната стала большой, но потолок опускается, беспокоит яркий свет.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №12

Пациентка Д., 70 лет. Вдова, проживает одна в квартире. Дети имеют собственное жилье, проживают в другом городе. Стала замечать, что кто-то

портит ее вещи: мнет коврик около двери, льет под него воду, рисует около двери знаки. Д. часто предъявляла соседям претензии по этому поводу, стараясь их уличить, потом подала в суд за порчу имущества. В ходе судебного разбирательства факта порчи имущества установлено не было, в течение длительного времени пациентка пыталась доказать вину соседей, но дело было закрыто. Стала вести наблюдение за соседями, которые, по ее мнению, заходили к ней в квартиру, пока она спит, и продолжали портить ее имущество: обрывали листья комнатных растений, пачкали и рвали одежду, отламывали ручки у чашек, один раз у чайника отбили носик. Начала собирать доказательства для предъявления их в суд, грозила соседям, что «пойдет выше и все докажет». Позже стала отмечать странный вкус молока, говорила, что только из магазина, купленное, оно имеет нормальный вкус, но если оно ночь простояло вкус у него меняется, что интерпретировала как факт отравления соседями ее продуктов питания. Стала покупать продукты только на один день, еду не оставляла без присмотра, утром выбрасывала все, что не смогла съесть в прошедший день.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 13

Пациентка В., 27 лет. Офис-менеджер. Два месяца назад поняла, что жизнь прекрасна, но коротка, и нужно успеть попробовать все, пока она молода. Начала неуместно одеваться на работу, в офис надевала вечерние платья с глубоким декольте, избыточно использовала косметику, постоянно стала носить крупные украшения в большом количестве. Взяла кредит на крупную сумму и купила дорогую машину. На работе неадекватно реагировала на замечания коллег и начальства, когда ее вызвали по вопросу внешнего вида и невыполнения своих обязанностей, отстаивала свои права, крича и разрывая важные документы, бросила в начальника чашкой, после чего была уволена с работы. Была очень зла, но позже успокоилась и осознала большое количество проблем, которые нужно решить как можно скорее. Ее посетила мысль о том, как она могла раньше не замечать, какие все люди замечательные и на какой красивой планете мы живем. Захотела получить второе высшее образование, чтобы иметь возможность «очистить эту планету от загрязнений». Узнав, что в марте поступить в учебное заведение нельзя, требовала собрать специально для нее приемную комиссию и зачислить ее как можно быстрее, но, после твердого отказа, сочла возможным отложить это дело на лето. Решила устроить широкомасштабную благотворительную акцию в помощь детям-сиротам, очень активно общалась с высокопоставленными лицами, но через две недели бросила эту затею, объясняя это тем, что у нее еще очень много важных дел и она срочно должна найти мужа и родить детей. Начала ходить в ночные клубы, где неумеренно употребляла алкоголь и знакомилась с мужчинами, объясняла каждому, что хочет за него замуж, имела беспорядочные половые связи. Ходила

по магазинам и требовала подарить ей понравившиеся вещи, но все ей отказывали, тогда разбила витрину одного магазина, начала кричать о дискриминации и схватила продавщицу за волосы, пытаясь начать драку. Доставлена в приемное отделение психиатрической больницы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №14.

Пациентка Ч., 50 лет, по специальности врач-терапевт, работает в поликлинике. Живет с дочерью 25 лет и матерью. Начало заболевания совпадает с менопаузой. На протяжении месяца отмечается отгороженность и снижение настроения. Повышается аппетит, возникает тревога и периоды ажитации, когда начинает громко стонать «от душевной боли». Лечится в дневном стационаре. Часто на улице стонет так громко, что прохожие оборачиваются. При рассказе о своих проблемах стоны мешают даже говорить. Ночью не спит, но постоянно ходит, чтобы не мешать близким, бродит по ночному городу, возвращаясь только к утру. Уверяет, что у нее скорее всего СПИД, которым заразилась от одного пациента, «внутри все сгнило», «сосуды запустили», «в голове каша». Считает также, что могла заразить дочь, которая теперь не сможет выйти замуж. Подтверждением этой идеи является ее бледность и слабость. Смысла жизни не видит, до госпитализации пыталась покончить с собой: выпила множество таблеток клофелина, предварительно переодевшись в самое красивое платье.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №15.

Клинический пример: Пациентка С., 19 лет. Жалуется на состояния страха и тревоги в момент перемещения в автобусе. Поскольку она живет далеко от города, это составляет серьезную проблему. Когда она заходит в автобус независимо от числа пассажиров, у нее через несколько минут возникает дрожь, страх, потливость, слегка поташнивает, и она требует открыть ей дверь. Страх не распространяется на троллейбусы, поезда и другие виды транспорта. Впервые страх возник два года назад, когда она ехала сдавать выпускные экзамены в школе. Автобус, в котором находилась С., сбил пешехода. Когда она вышла на улицу, то увидела погибшего, в его облике что-то напоминало отца, ей стало страшно за него и за себя. На экзамен она так и не прибыла. После психотерапии с акцентом на методы гипнотизации состояние нормализовалось.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 16.

Клинический пример: Пациентка У., 35 лет. Работает заведующей магазином. Жалуется на страх выйти из дома, страх усиливается при переходе улиц, посещении парка, через который пролегает ее путь на работу. Живя недалеко от места работы, вынуждена вызывать машину. При перемещении в другие места, например в магазин, страх отсутствует. В результате генерализации страха вообще перестала выходить на работу. Во время страха возникают дрожь в ногах, растерянность, ощущения головокружения, «все расплывается перед глазами», страх смерти. Впервые страх появился год назад, после смерти мужа, испытывала чувство вины, поскольку последние годы скрывала от него свою тайную внебрачную любовь. В результате психоаналитической работы осознала свой страх как опасение, что ее увидят вместе свиданий с возлюбленным, который обыкновенно встречал ее по пути с работы именно в парке. Это опасение связывала с осуждением ее как «возможной убийцы мужа».

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №17

Пациент Л., 24 лет, студент юридического института. Живет вместе с матерью. Первые жалобы возникли два года назад после развода родителей. Заметил, что перед выходом из дома должен еще некоторое время посидеть в туалете, так как «что-то после дефекации еще остается». В дальнейшем страх генерализуется. Внимательно исследует маршрут до места учебы, есть ли по дороге туалеты на случай возникновения внезапных позывов, далеко ли эти туалеты до маршрута движения его автобуса, «как там все устроено». Если занятия затягиваются, чувствует страх «опозориться» и выпустить газы (пектофобия). Заметил также, что когда мать оказывается дома, ему не нужно повторять дефекацию. Проблемы возникли тогда, когда на практику ему пришлось ехать на электричке, в которой не было туалета. Для предотвращения возможного неудержания кала он был вынужден надевать памперсы, а затем их снимать незаметно. Единственное, что его выручало — изменение ритма питания, приходилось сильно наесться утром, но совершенно не есть во второй половине дня, в этом случае дефекация происходила поздно вечером, и утром он был спокоен. Фобия не распространялась на мочеиспускание, которое он мог вполне контролировать. Страх связан с детским воспоминанием о наказании отцом за то, что он долго сидит в туалете и там даже читает. Это наказание в детстве, как он помнил, стало источником первых конфликтов между отцом и матерью.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №18

Клинический пример: Пациент С., 27 лет. Первый приступ паники возник на фоне алкогольной абстиненции. Ощутил сердцебиение и остановку сердца, страх, одышку. Вызвал «скорую помощь», врач определил некоторое повышение АД до 135 и 95 мм ртутного столба, был сделан папаверин и дибазол. С., испугавшись, совершенно бросил пить и курить, однако второй приступ произошел через месяц в совершенно спокойной обстановке, дома, во время просмотра телепередач. Понял, что с ним случилось нечто серьезное; приступ прошел через 5 минут, но повторился на следующий день и длился уже более часа. С. покинул свой дом и поселился у товарища, чтобы в случае чего «было кому вызвать «скорую помощь». До этого на работе приступы паники не отмечались, но через два месяца это произошло. На фоне отсутствия напряжения, когда он, стоя у стола, просматривал бумаги, его настиг приступ паники, тревога сопровождалась резким головокружением, он вынужден был, «чтобы не упасть», схватиться за угол стола. Понял, что сейчас умрет. Была вызвана «скорая помощь», и стационарирован в неврологическое отделение. В период стационарного обследования паника не наблюдалась ни разу, но после выписки в тот же день она возобновилась.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 19

Клинический пример: Пациент К., 26 лет. После окончания медицинского университета стал работать терапевтом. По характеру всегда был мнительным и прислушивался к своим самоощущениям. Однажды, покупая сигарету в киоске, нагнулся, будучи высокого роста, перед козырьком, прикрывающим окошко. Представил себе, что могло бы произойти, если бы он не наклонился вовремя, так как край козырька был очень острым. В дальнейшем у него всякий раз возникали навязчивые мысли «о срезании части» головы, когда он видел киоски. Затем стали возникать странные навязчивые страхи потерять часть своего тела (чаще руку или ногу), рядом с которой проезжает автомобиль. Эти страхи возникли тогда, когда он, неосторожно переходя улицу, слегка прикоснулся ногой к затормозившему автомобилю. Кроме того, он боялся, что среди его пациентов может быть больной со СПИДом, который он не диагностирует. Мысли о возможности заражения вновь и вновь возвращались к нему. Для каждого из страхов у него был ритуал: когда он приближался к киоску, он всегда надевал странную шапочку; когда шел рядом с дорогой — выставлял портфель со стороны дороги; когда работал с пациентами, закрывался маской, ссылаясь на простуду. Навязчивости сменяли одна другую. Наконец, рассматривая свои руки, он обратил внимание на странные пузырьки и стал их сдирать, эти компульсии у него закрепились и привели к появлению многочисленных ранок на руках, которые он столь же настойчиво начал лечить у дерматологов.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 20.

Клинический пример: Пациент М., 34 года, обратился в отделение милиции в связи с тем, что не помнит, как оказался в городе. С. дезориентирован во времени, называет дату на месяц назад от реальной. Восстановление событий прошлого позволило установить, что он перенес серию психических травм в короткий промежуток времени, от утраты близких родственников до экономического краха. Взял документы, необходимые вещи и ушел из дома. Удастся вспомнить некоторые события прошедшего месяца, но лишь фрагментарно, например, как садился на поезд, останавливался у родственников в ближайшем городе. При неврологическом обследовании и ЭЭГ патологии не обнаружено. Периоды амнезии не возобновлялись. Через 2 недели восстановление памяти было практически полным.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 21

Пациент Е., 29 лет, однажды понял, что он будущий великий художник и пишет только те картины, которые несут «позитивную энергию». Вычурно одевается, например, носит шейный платок и крупную бляшку на ремне, надевает яркие рубашки. Обнаруживает чрезмерно активную мимику, делает патетические жесты, уступая место женщине в маршрутном такси, может ей поклониться. Увидев на улице кого-то знакомого, старается подбежать и пообщаться, при этом многоречив, говорит быстро и очень громко, рассказывает о больших творческих проектах, которые он запланировал, предлагает присоединиться к нему. На праздновании дня рождения друга специально сломал один из подарков, заявив, что он тому все равно не нужен. Рассказывал друзьям, что поедет в Лас-Вегас и выиграет там все деньги в казино, потому что он лучший игрок в покер. До этого за 5 лет игры с друзьями ни разу не выиграл. Решил отправиться в Москву на заработки, поработать на стройке, чтобы потом поехать в Лас-Вегас. Зайдя к врачу в кабинет, критически оценивает картину, висящую на стене, и говорит: «Так, эта картина мне не нравится, ее надо снять. Она плохая, не несет в себе позитивной энергии». Заявляет, что «мог бы выучить весь курс медицинского университета за один год», но потом говорит, что это ему не нужно и он не собирается этим заниматься. Подобные состояния длятся около месяца и повторяются каждую весну.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Назначьте лечение.

Задача № 22

Пациентка Л., 17 лет. Поступила в отделение по настоянию родителей в связи со значительным снижением веса. Жалобы на тошноту после еды, запоры.

Отмечает, что не может есть жирную и «тяжелую» пищу из-за «больного желудка». Со слов родителей, всегда училась на «отлично», принимала участие в художественной самодеятельности. В последний год начала странно себя вести, часто закрывалась у себя в комнате, с родителями не ела, объясняя это тем, что поест в школе или уже поела у подруги. Вместе с тем, успеваемость была высокой, она много гуляла и занималась спортом. Родители заметили, что она похудела, но пациентка радостно сообщала, что тренер очень доволен ее результатами и все под контролем профессионала. Через 2 месяца снижение веса было настолько очевидным, что родители решили познакомиться с тренером и поговорить, на что пациентка отреагировала враждебно, заплакала и убежала. Стала говорить, что ее часто тошнит после еды, родители убедили обратиться к гастроэнтерологу. Было назначено лечение по поводу гастрита, но диету пациентка соблюдать отказалась. Была направлена к психиатру. На осмотре – рост 174 см, вес 38 кг, истощена, кожные покровы бледные, сухие, лануго на спине и щеках. Тремор пальцев рук, волосы ломкие, сухие, ногти блеклые, с неравномерной поверхностью. При расспросе ориентирована, немногословна, говорит, что не нравится, как она выглядит, считает себя слишком полной. Соблюдение диет и ограничение себя в пище отрицает, эпизоды вызывания рвоты и приема слабительного отрицает. В отделении пытается отдать еду другим пациенткам, пока не видит медперсонал, при замечаниях все отрицает.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 23

Пациентка Г., 38 лет. Обратилась к психиатру в связи с затруднениями в выполнении работы, снижением настроения, утратой способности к сосредоточению внимания. Месяц назад на работе произошли перестановки, пациентку перевели на другую должность. Постепенно начала снижаться работоспособность, несмотря на то, что она пыталась выполнять все задания в срок и работа была не очень сложна. Приходя домой, не хотела ничего делать, стала с трудом справляться с домашними делами, редко убирала, мало готовила, постоянно хотела спать. Стала просыпаться в 4 часа утра с тяжелым давящим ощущением, появились мысли о том, что «жизнь кончена», «все потеряло свой смысл», «ничего не достигла», чувствовала подавленность и ненависть к себе. Начала говорить родным, что она никчемная мать и жена, плохая дочь и не помогает никому, а только мешает их полноценной жизни. Высказывала мысли, что у нее нет будущего. Ранее очень любила вышивать, много читала, но с

наступлением данного состояния совсем перестала это делать, не проявляла интереса к детям, за что постоянно себя корила. Снижился аппетит, отмечает, что не чувствует вкуса пищи, из-за чего не ест. Муж отмечает, что она похудела. На осмотре: ориентирована, на вопросы отвечает в плане беседы. Немногословна, мимика неяркая, уголки рта опущены, контакта глазами избегает. Бледна, кожа сухая, выглядит старше своих лет. Суицидальных мыслей напрямую не высказывает.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 24

Пациент З., 39 лет. По характеру обязательный, спокойный, алкоголем не злоупотребляет, употребляет в небольших количествах только по праздникам. Развитие без особенностей, окончил 11 классов школы, поступил в техническую академию, которую закончил с отличием. Коллеги характеризуют его как педантичного, добропорядочного сотрудника. За все годы работы не было ни единого выговора, приходил вовремя, был вежлив, исполнительен. За последние 5 недель крайне мало отдыхал, работал над важным проектом, который должен был завершить точно в срок. Пил много кофе, спал по 3-4 часа в сутки, остальное время старался посвятить работе. За неделю до сдачи проекта простудился, но старался не обращать на это внимания, в течение 3 дней утром пил «Терафлю» для снижения температуры, потом принимался за работу. После успешной сдачи проекта в тот же вечер был с семьей приглашен на празднование дня рождения друга, идти не хотел, ссылаясь на усталость, но жена очень хотела чтобы они вместе отдохнули. В гостях друзья отметили, что выглядел он уставшим и бледным, но никаких странностей в поведении сначала не было. После того, как все сели за стол, выпил 50 мл коньяка. Через 15 минут резко встал из-за стола, побежал в другую комнату и, резко хлопнув дверью, попытался спрятаться под кровать. Когда один из товарищей, подойдя, окликнул его, закричал что-то непонятное и бросился к окну, попытавшись его открыть. Не в силах сделать это, начал биться головой в стекло и кричать, затем бросился на одного из друзей и попытался ударить, но был остановлен остальными и фиксирован. Некоторое время пытался высвободиться, но потом уснул. Все события того вечера, произошедшие после принятия алкоголя, полностью амнезировал.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 25

Пациент В., 35 лет. В преморбиде уравновешенный, жизнелюбивый, активный. Со слов жены, стал угрюмым, равнодушным к близким и себе, нарушился сон.

Временами сидит, подолгу смотря в одну точку. На работе отстраненный, перестал общаться с сослуживцами, бросил занятия спортом. На вопросы, что случилось, отвечает "Ничего не хочу". В отпуск ехать не пожелал, мотивировав это тем, что "везде все одинаково" и "он все равно не испытает радости". Жаловался жене на то, что чувства будто угасли и вовсе не его, он словно и не он. Два дня назад попал в конфликтную ситуацию, став за рулем на светофоре на красный свет, при его изменении на зеленый так и продолжил стоять, перегородив ряд движения, не обращая внимания на сигналы водителей сзади. Затем водитель из сзади стоящего автомобиля подошел и начал сильно стучать в окно машины В. и кричать на него, только после чего В. двинулся с места. Сам он описывает происходившее "как будто это все было во сне". При осмотре: ориентирован, ответная реакция несколько отсрочена, ответы по существу, голос без модуляций, монотонный. Взгляд тусклый, лицо амимично, сутулится. При расспросе на приеме говорит: "Вы меня спрашиваете, а у меня ощущение, что все где-то далеко-далеко, и говорят со мной через старый телефон, из трубки которого еле слышно". Жалобы на то, что мир стал искусственным и он больше не может испытывать эмоции. Без эмоций высказывает суицидальные мысли, говорит, что, если это вызовет какие-то чувства, то стоит попробовать, но на данный момент он слишком устал чтобы что-то предпринимать. Указывает на то, что постоянно чувствует себя уставшим, даже только проснувшись рано утром.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 26

Пациентка Ж., 32 года. В разводе, есть ребенок 5 лет. Импульсивна, демонстративна, в детстве была немного полновата, за что постоянно подвергалась критике со стороны матери, которая ограничивала себя в пище всегда, по профессии была балериной, описывается пациенткой как жесткая и строгая. Ж. всегда старалась следить за своей фигурой, но после родов поправилась, в связи с чем стала испытывать отвращение к собственной внешности. После частых конфликтов на почве неудовлетворенности собой развелась с мужем, считала, что недостаточно красива теперь и никому не нужна. Сына любит, посвящает себя ему. С мужем сейчас отношения ровные, общаются, вместе ходят с ребенком в кино, цирк. Год назад стала замечать, что периодически съедает очень много пищи за ужином, когда может себе позволить расслабиться перед выходным. Это приносит облегчение на некоторое время, но потом ей становится очень страшно и она старается "удалить из себя" съеденную пищу чтобы не набрать вес. Сначала принимала слабительные и биологически активные добавки для снижения усвоения углеводов, позже начала вызывать рвоту, когда стала переедать чаще. Сейчас эпизоды переедания 2-3 раза в неделю, съедает все, что ей не нравится сначала, а потом дополняет

самыми любимыми блюдами и десертом. Отмечает, что когда начинает есть, потом остановиться не может. Часто взвешивается, плачет, если ее вес остается на той же отметке, что и был, или растет, может накричать на сына. Последний раз очень сильно этим его напугала и решила обратиться за помощью.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 27

Дед больной страдал эпилепсией. Родилась от пятой беременности у матери, первая половина беременности сопровождалась токсикозом. С детства подвижная, энергичная, веселая. Среди сверстников была заводилой, умела подчинять своему влиянию даже детей старших по возрасту. В школе училась хорошо, стремилась быть во всем первой, командовать. Любила порядок и нетерпимо относилась ко всяким проявлениям безалаберности, неорганизованности. Выступая на комсомольских собраниях, непримиримо обличала тех, кто плохо учился или нарушает дисциплину. Болезненно переживала любую обиду. Получив низкую оценку за ответ или за сочинение, чувствовала себя несправедливо ущемленной, вступала в спор с учителями. После окончания средней школы недолго работала продавцом, но там не удержалась с коллективом. После ряда конфликтов с сотрудниками и покупателями вынуждена была уйти и устроилась работать на химический завод аппаратчицей.

Сама больная себя считает «принципиальной», обидчивой и злопамятной: «если кто нагрубит-никогда не забуду!», «говорит, что люди отзываются о ней как о человеке с тяжелым характером: «да, я люблю отомстить». Обижена на мать, за то, что та говорила дочери о своем нежелании родить ее. С радостью уехала от родителей и с тех пор отношений с ними почти не поддерживает. С «братом, который живет в том же городе, отношения также натянутые: «он меня все умуразуму учит». А я сама. А я сама взрослая, ничего меня поучать!». Живет одна. Несколько лет назад вышла замуж, но с мужем прожила только 4 месяца, постоянно с ним ссорилась, ни в чем ему не уступала, ссоры часто заканчивались дракой. С тех пор новых знакомств с мужчинами не заводит- «никто не по душе». Любит ходить в кино, смотреть фильмы, сентиментальные по содержанию. Из книг предпочитает произведения Пушкина, Достоевского, так как «там написано, как надо быть честным правдивым». Постоянных друзей не имеет. Сменила 3 квартиры, везде ссорилась с соседями по пустяковым поводам, писала жалобы в Милицию, в суд, обвиняя соседей в грубости, пьянстве, хулиганстве. Эти обвинения, как правило, не подтверждались, и в последний раз суд взыскал с нее штрафа за необоснованные обвинения в адрес соседей. Рассказывает, что тот якобы избил ее, и она лежала в неврологическом отделении с «сотрясением мозга в тяжелой степени».

На работе в течение последних 3 лет сложились плохие отношения с начальником цеха и сменным мастером. Неоднократно совершала прогулы, отказывалась выполнять распоряжение начальника, на замечание реагировала грубостью, нецензурно бранилась, могла даже плюнуть в лицо своему «обидчику». После этого началась длительная тяжба с производством. Написала десятки писем с жалобами на руководство предприятия в разные инстанции, требуя восстановления на прежней должности и оплаты «вынужденного прогула». Когда же директор предприятия согласился восстановить ее на работу, но с переводом в другой цех, сама отказалась, считая, что это было бы «признанием ее вины». Устроиться работать на другой завод также не хочет, так как намерена «добиться справедливости». В течение нескольких месяцев живет на скромные свои сбережения, испытывая большие материальные трудности. В психиатрическую больницу поступила после демонстративной попытки самоубийства.

В отделении сразу же подружилась с больной, страдающей истерией, считая эту больную необычной, очень умной женщиной. С другими больными постоянно ссорится, проявляет мелочную обидчивость, требует к себе «справедливого отношения». Настроение постоянно меняется в зависимости от ситуации и темы разговора. Много с жаром говорит о «несправедливом отношении» к ней на работе, увольнение считает необоснованным. Если замечает сочувствие и поддержку, то начинает с жаром доказывать свою правоту, стараясь еще боль расположить к себе собеседника. О своих недоброжелателях говорит со злобой усмешкой, ожесточением. Всякие же попытки отговорить ее от продолжения тяжбы решительно и с раздражением отвечает: «Нет, не уговаривайте меня. Я свое дело все равно не оставлю, буду добиваться справедливости». В речи обращает на себя внимания чрезмерная обстоятельность, склонность к детализации событий, неумение выделить среди них главные. Суждения поверхностные, однобокие и крайне необъективны. Задания в психологическом эксперименте выполняет небрежно, не вдумывается в их смысл. Любой разговор тут же поворачивает на тему о борьбе за справедливость, себя считает «ЖЕРТВОЙ ПОДЛЫХ ЛЮДЕЙ».

При соматическом обследовании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре выявляется умеренно выраженная асимметрия лицевого черепа, высокое, куполообразное твердое небо, плоскостопие, акроцианоз, акрогипергидроз. На рентгенограмме черепанезначительное усиление сосудистого рисунка на своде, обызвествление межклиновидных связок. ЭЭГ-без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 28

Больной 19 лет, студентка. Дядя по отцу страдает психическим заболеванием с периодически возникающими приступами тоски, с отказами от еды и мыслями о смерти. Отец злоупотребляет алкоголем. Болела корью, скарлатиной. В школе училась хорошо. Была веселой, общительной, охотно занималась общественной работой, интересовалась музыкой, много читала. После окончания школы поступила в медицинское училище.

Заболела остро: появилась тревога, бессонница, говорила, что не хочет жить, пыталась броситься под автомобиль. В связи с этим была заторможенность, на лице у нее застывшее выражение страха, сопротивлялась попыткам переодеть её, принимала вычурные позы и подолгу не меняла их. После лечения состояние улучшилось, рассказала, что видела вокруг себя страшные картины атомной войны, разрушались целые города, гибло множество людей, среди которых были и её близкие.

Пробыла в больнице два с половиной месяца. Каких либо изменений в характере больной близкими не отмечено: оставалась общительной, сохранялись прежние интересы. Через полгода после первого приступа вновь появилась бессонница, стала раздражительной, не окончив одного дела, бралась за другое. Целыми днями слушала музыку по радио, танцевала, пела, заявляла, что она великая актриса. Вторично была помещена в психиатрическую больницу. В отделении прыгает, плачет. Внезапно громко выкрикивает отдельные слова, подбегает к двери, стучит в стену, ударяет больных, бросает на пол попавшиеся ей в руки вещи, выплевывает пищу. Повторяет слова и действия окружающих. На вопрос как она себя чувствует, отвечает: «как себя чувствуешь? ...больно, ... как вас зовут, ...обут...» Настроение повышено, много беспричинно смеётся, заявляет, что она богиня красоты. Гримасничает. Всему сопротивляется, не выполняет требований.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 29

Больному 18 лет. Отец умер год назад от соматического заболевания. Страдал хроническим алкоголизмом, пил запоями. Мать жива, здорова. По характеру – спокойная, добродушная. Родилась в срок. Роды матери протекали нормально. По словам матери в раннем детстве больной был вялым, сонливым, только к трем годам начал ходить и говорить. Болел корью, скарлатиной, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 7 лет, два года учился в 1 классе, но не смог усвоить программу. Был переведен во вспомогательную школу, с трудом окончил 6 классов. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве. Профессии приобрести не смог. Последнее время работает учеником слесаря, со своими обязанностями справляется плохо, выполняет только подсобную работу. Со сверстниками не ладит, обижает слабых, не может постоять за себя, в то же время легко попадает под чужое влияние. В 1966 году

перенес травму головы с кратковременной потерей сознания, находился на лечении по поводу сотрясения головного мозга. С тех пор периодические головные боли.

Жалуется на плохую сообразительность, вялость, не может назвать текущий год, путает месяц, вообще не знает, сколько в году месяцев, путает их названия. Не может сказать, сколько дней в недели. Устный счет производит по пальцам с ошибками: $2+3$ отвечает 6, $6+8$ в ответе 8, $8+2$ в ответе 7. Читает по слогам медленно, многосложные слова произносит неправильно. Пишет только простые слова и только печатными буквами. После того, как врач прочитал ему басню «Лиса и журавль», не смог передать ее содержание, не понял смысла. Не может перечислить стран света, из городов знает только Москву и Ленинград, но столицу СССР назвать не может. Запас слов мал. Интересы к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал, рассматривает картинки. В ответ на просьбу рассказать, что на них изображено, перечисляет отдельные предметы и персонажи: «девочка, стул, яблоко, тетя, дядя». В неврологическом состоянии отмечается сходящееся косоглазие, сглаженность левой носогубной складки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Вопросы к заданию:

1. Годен ли больной к службе?
2. Поставьте диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

Задача № 30

Больной М., 1939 года рождения. Рос и развивался правильно, за период своей жизни ничем не болел. Окончил 6 классов, и начал работать. Затем был призван в армию, демобилизован по окончании срока службы. В последние годы изредка стал употреблять спиртные напитки. Накануне развития острого психотического состояния больной на работе занимался сваркой. После работы почувствовал себя неважно, беспокоили боль в глазах, слезоточивость, насморк, слабость. Утром встал разбитым, беспокоила головная боль. Пошел на работу, но из-за дождя не работал в этот день. Отправился с друзьями в буфет, где выпил 2 кружки пива и 1 стакан вина, после чего направился домой. Что было с ним по дороге домой не помнит, пришел в себя в психиатрической клинике. Из объективных сведений известно следующее: больной в 4 часа дня, т.е. после того как расстался с товарищами, зашел райунивермаг. Работники универсама сообщили, что внешне он не производил впечатление человека, находящегося в состоянии опьянения, походка была ровной. Будучи в универмаге, вдруг стал спрашивать у продавцов «где те двое, они мертвы, их преследуют?». Не объясняя ничего, стал выгонять покупателей, потребовал у продавца закрыть двери магазина, заявляя: «они убьют». Одни из продавцов охарактеризовали

состояние больного так: «он бредил в этот момент». Закрыв дверь, не успокоился, испытывал страх, был беспокоен.

Когда его хотели удержать, то забежал в кабинет директора магазина. Там спросил: «где те двое убийцы?» На вопрос директора: «О ком он спрашивает?» Заявил, что хотят убить, его преследуют. При этом весь дрожал, испытывал страх, в глазах больного ужас. Оказывал сопротивление окружающим при попытке успокоить, удержать больного, был даже агрессивен. Выкрикивал, что за ним следят, его убьют, окружающих принимал за преследователей.

Сотрудниками милиции доставлен в психиатрическую клинику, где сразу уснул. Проснувшись утром, был в ясном сознании, вел себя правильно. Крайне удивлялся, узнав, что находится в психиатрической клинике. Правильно называл число, месяц, год, окружающих его лиц. Рассказывал о себе необходимые сведения из анамнеза, однако период, предшествующий помещению его в больницу, запамятовал полностью. Обманов восприятия не выявлялось, бредовых идей не высказывал. Память на прошлые и настоящие события не нарушена. Интеллект соответствовал полученному образованию и жизненному опыту. Узнав о случившемся, заметно переживал.

1. Перечислите основные психопатологические феномены и ведущий синдром в приведенном наблюдении.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию подобного состояния.
3. Основные отличительные признаки описанного состояния от простого алкогольного опьянения?
4. Каким образом в этих случаях решаются вопросы судебно-психиатрического характера?
5. Какие препараты используют для купирования психомоторного возбуждения, наблюдаемого при подобных состояниях?

Задача № 31

Больная 37 лет, библиотекарь. Мать по характеру стеснительная, робкая, всегда сторонится людей, с повышенным чувством долга. Отец грубый, эгоистичный, злоупотребляет алкоголем. В детстве развивалась правильно, в школу пошла в 7 лет, окончила 10 классов, училась хорошо. Была активной, сдержанной, гордой, интересовалась литературой, закончила курсы библиотекарей в 19 лет. К работе относилась добросовестно, с увлечением получала благодарности. В общении с сотрудниками была ровной, но держалась изолированно. Много читала, развлечения мало её интересовали. Попытки мужчин сблизиться с ней пресекала, оставалась девицей.

С 28 лет стала ещё более замкнутой, появилась небрежность в работе, утратила интерес к чтению. Получала замечания, уволилась, поступила санитаркой в больницу. Осталась замкнутой, работала плохо, в ответ на замечания грубила.

В возрасте 32 лет, однажды по окончании её рабочего дня, вместо того, чтобы уйти домой, продолжала убирать полки, бессмысленно переставляя вещи с места на место. На обращения к ней не отвечала, неадекватно улыбалась, поэтому была помещена в психиатрическую больницу. Находилась на лечении в течение двух с половиной месяцев. Часами стояла на одном месте, не меняя позы, на вопросы не отвечала, отказывалась от еды.

После проведения инсулинотерапии стала более подвижной, общительной. Вернулась на работу, справлялась с ней, за последние три года дважды поступала в больницу, с такими же явлениями, как и первый раз, лечилась по 2-3 месяца, после последнего приступа работала, безразлично относилась к матери.

Вопросы :

1. Чем лечить больного?
2. Какие меры нужны принимать для того, что бы заставить больную есть?

Задача № 32

Больной Т. 1939 года рождения. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в срок, вторым по счету ребенком. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Рос веселым, жизнерадостным. Детские заболевания перенес без осложнений. В школу прошел с 7-летнего возраста. Учился легко, успешно переходил из класса в класс. После окончания средней школы поступил на курсы шофера. В последующие годы работал водителем. С 1956 по 1959 годы служил в рядах Советской армии. После демобилизации вернулся на прежнее место работы. Вскоре женился, взаимоотношения с женой сложились хорошие. Спиртные напитки стал употреблять с 16 лет. До 21 года выпивал редко, умеренно, употреблял в основном пиво и вино. Выпивал от случая к случаю, как правило, в компании приятелей не более 150,0-200,0 водки. Начиная с 1963 года, начал выпивать чаще, примерно 3-4 раза в неделю по 400,0-500,0 водки. С 1965 года появились явления похмелья: на следующее утро после приема алкоголя наблюдались головные боли, общее недомогание, слабость, тремор рук, становилось тоскливо и тревожно. С этого времени в семье стали возникать конфликты. Из ранее общительного человека, веселого, заботливого к семье, превратился в раздражительного, конфликтного и недовольного, не проявляющего интереса к семье, озабоченного лишь возможностью выпить и тем самым привести себя в «нормальное состояние». В подобном состоянии однажды жестоко избил жену, за что был осужден к 2 годам лишения свободы. После освобождения вернулся к семье. В течение года спиртное не употреблял, работал по специальности, заботился о жене и двух детях. Одновременно поступил учиться на вечернее отделение политехнического техникума. В последующем вновь стал употреблять спиртное и вскоре- пить запоями. Продолжительность запоя колебалась от 3 до 7 дней. Периоды между запоями составляли не более 20 дней. Если первые 2-3 дня запоя мог выпить по 500,0-

600,0 водки в день, то в последующие дни, особенно к концу запоя, пьянел от 200,0 водки. Испытывал дрожь во всем теле, чувствовал озноб (бросало то в холод, то в жар). Появилось беспокойство, неясная тревога. При малейшем шорохе вздрагивал. Ночью не спал. Среди ночи, стараясь заснуть, закрывал глаза, тут же на темном фоне появились яркие цветные полосы и передвигающиеся маленькие животные, напоминавшие небольших лошадей. Открыв глаза, с удивлением обнаружил себя в домашней обстановке. При повторном закрывании глаз увидел вначале маленьких, затем все увеличивающихся в размере собак и страшного вида каких-то животных, которых ранее никогда не видел. Последние с широко оскаленными пастьями, медленно надвигались на больного, от страха вздрагивал, тут же открывал глаза. Устрашающие морды непонятных животных исчезали одновременно с открыванием глаз. Рассказав о виденном жене, боялся закрыть глаза, чтобы вновь не увидеть чудовище. Весь дрожал. Просил жену не выключать свет и находиться рядом с ним. Спустя некоторое время, когда больной попытался заснуть, одновременно с кошмарными видами он стал ощущать на кончике языка какое-то круглое образование, довольно быстро увеличивающееся в размерах и заполняющее ротовую полость. Когда больной, открыв глаза, пытался нащупать его пальцами, то ничего не мог обнаружить. С беспокойством и тревогой заявил жене, что при закрытых глазах у него во рту появляется «какая-то чертовщина». Осмотрев ему рот, жена нашла незначительную трещину в месте, указанном больным, т.е. на кончике языка.

В таком состоянии находился до утра. С рассветом несколько успокоился уменьшилась тревога, исчез страх. В течение всего дня оставался необычным: ничего не ел, испытывал жажду, был тревожным, е смотря на усталость, боялся заснуть. Вечером состояние больного заметно ухудшилось. Наряду с нарастанием беспокойства, страха, тревоги появилось возбуждение. В темном углу комнаты увидел «летающего ящера». Спрятался от ящера за шкаф, разбив окно, не вылетел наружу. Увидел выползающих со всех углов «динозавров», покрытых толстой шершавой шкурой, из широко открытых пастей которых вырывались клубы дыма и пламени. На полу, свиваясь кольцами, лежали огромные змеи и громко шипели. Затем увидел женщин с распущенными волосами, у которых вместо глаз были блюда, в окружении медвежат. Со слов жены известно, что больной то бегал по комнате, прикрывая голову руками, то совершал движения, как бы отбиваясь от ос и мух. В этот период больной никого не узнавал. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую клинику.

При поступлении больной был растерян, тревожен, беспокоеен, испытывал страх. Блуждающим взглядом следил за окружающими. Весь дрожал, был постоянно в движении, вскакивал, стремился куда-то бежать. На уговоры не реагировал. На вопросы отвечал лишь после многократных повторений и не по существу.

Ориентировка в месте, времени была нарушена. Утверждал, что находился в канализационном колодце, принимал окружающих за знакомых, обращался к ним по имени. Будучи уложенным в постель, вскакивал и пытался поймать мышей, которых во множестве видел на полу, на кровати, на стенах.

Вскоре больной с выражением страха и недоумения стал ощупывать язык, беспрестанно скреб его пальцами, зубами, усиленно сплевывал и вновь перебирал руками во рту. Считал, что его рот заполнен множеством спутанных в клубок нитей, которые, заполняя полость глотки, вызывают затруднение дыхания.

На третий день пребывания в клинике после внутримышечного введения 3,0-2,5% раствора аминазина больной уснул. Спал в течение 10 часов. По пробуждении первоначально не мог понять, где находится. Был крайне удивлен, узнав, что находится в больнице. Поведение стало правильным. Обманов восприятия не испытывал. Жаловался на чувство разбитости, усталости, головные боли. Во время беседы был растерянным, быстро утомлялся. Отмечал болезненность кончика языка, при осмотре которого выявилась трещина.

В последующем, по мере обратного развития явлений астении, больной охотно рассказал о перенесенном состоянии. Однако некоторые реальные события, связанные с госпитализацией и пребыванием в клинике, запомнил. Смутно помнил, что «во рту что-то было», «творилось что-то необычное». Однако подробно об этом рассказать не мог.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 33

Больная 49 лет, домохозяйка. Наследственность психопатологически неотягощена. Окончила 7 классов. Несколько лет кассиром, счетоводом. 25 лет, после того, как вышла замуж, не работает, занимается домашними делами. По характеру мнительная, тревожная, застенчивая, зависела от мужа, не могла самостоятельно принять какого-либо решения.

С 48 лет стали нерегулярными менструации, беспокоят «приливы жара» к голове, головные боли, утомляемость, раздражительность, плохой сон.

Обратилась в психоневрологический диспансер месяц назад после того как умер муж от рака желудка. Тяжело переживала утрату, много плакала, при засыпании видела мужа, который звал ее к себе, казалось, что за ее спиной кто-то стоит, настроение было пониженным. Постоянно думала о том, как она будет жить одна без мужа, страшили материальные затруднения. Настроение печальное, выражение лица печальное, на глазах слезы. Постоянно думает о муже, слышит его голос, видит по вечерам сбоку его тень. Рассказывая об этом, плачет, верит, что жизнь для нее потеряла смысл. Часто жалуется на головные боли, на учатившиеся приступы "приливов жара", сердцебиение, потливость. После

лечения (трех недель) тоска значительно уменьшилась. Стала ходить на прогулки.хлопотала об устройстве на работу.

В неврологическом состоянии без отклонений. В соматическом состоянии: гиперемия лица, влажность кож рук, учащение пульса, при упоминании о смерти мужа до 115 ударов в минуту. Глухость тонов сердца.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача № 34

Больная 40 лет, уборщица. Мать больной умерла от туберкулёза лёгких, отец от болезни сердца. Окончила 7 классов, училась плохо, была плохая память.

Работала уборщицей на заводе. Замужем не была, живёт всё время одна, друзей не имеет. По характеру была обидчивой, вспыльчивой, неуживчивой, любила говорить правду в глаза, поучала других. За это окружающие недолюбливали её. Лет с 10-12 у неё появилось необъяснимое стремление бежать из дома, бегала по улицам, по садам, много раз её находили спящей на земле. Проснувшись, не помнила о том, что с ней было. Эти состояния с годами у неё стояли появляться реже, но постепенно ещё более снизилась память, стала очень злобной. Днями настроение было таким, что люди её боялись, не разрешали подходить к себе, кричала на сотрудников или совсем не разговаривала, только злобнее оглядывала всех.

В возрасте 18 лет упала, поскользнувшись на льду, ушибла голову. Неизвестно, была ли потеря сознания, домой дошла самостоятельно, несколько дней болела голова, но продолжала работать.

Несколько лет тому назад находилась на стационарном обследовании в Пермской психиатрической больнице, была переведена на инвалидность 2 группы, жила у дальней родственницы, с которой не ладит. Родственница отказывается от совместного проживания с ней.

В психиатрическую больницу поступила в состоянии растерянности, не знала, где находится, молча озиралась по сторонам, не ела. На другой день проснулась в хорошем настроении, правильно называла месяц, год, приблизительно день и дату. Не могла сказать, как попала в больницу. У больной плохая память, не помнит, когда умерли её родители, когда была Отечественная война, не запомнила имени лечащего врача. Не понимает шуток. Разницу между рекой и озером определяет: «озеро круглое, а река длинная». Пословицу «шила в мешке не утаишь», токует: «шило острое, прорвёт мешок, и будет мешок испорчен, мешок нужен для муки, а её нельзя сыпать в дырявый мешок, там отверстие будет и всё высыпается понемногу и будет мало муки, дыра будет, а мука нужна для хлебushка».

Пример речи больной: «у меня комната светлая, чистенькая, кругом подушечки белые, все чистенькие, светленькие. У двери сундук вот здесь, направо стул старый, ещё бабушкин, она умерла уже давно, ещё я была маленькой совсем, я

мою пол, с мылом каждый день, всё мою и мою, нет ни пылинки нигде. Спрашиваете в чём моя болезнь? Вы думаете, болезнь вещь, какая то, в чём она лежит в стакане или чернильнице? Ни в чём моя болезнь, во мне она, а я человек, а не во всё, вот!»

На протяжении 3-х недель психическое состояние без, изменений, просит о выписке.

В анализе спинномозговой жидкости, цитоз 2 в 1 мм³, белок 0,33 %. На пневмоэнцефалограмме небольшое симметричное расширение боковых желудочков.

Вопросы:

1. Какие изменения можно ожидать на электроэнцефалограмме?
2. Чем лечить больную?

Задача №35

Больная 54 лет, домашняя хозяйка. Мать умерла от болезни сердца, отец жив, ему сейчас 80 лет, здоров. Психически больных в семье не было. Больная имеет четыре класса образования, рано начала работать. Стала ученицей в школьной мастерской, а потом швеей, но последние 10 лет не работает, занимается домашним хозяйством. В молодости была оперирована по поводу аппендицита.

Мнительная, склонна к тревоге по любому поводу; особенно ее волновали заботы о близких, об их здоровье, материальном благополучии. Отличалась правдивостью, педантизмом, обидчивостью, склонностью к слезам. Вышла замуж в 20 лет, родила 2 детей. Сейчас живет с сыном (муж погиб на войне), много сил отдает внукам, к которым очень привязана. В 50 лет у больной наступил климакс, были ощущения «приливов», потливость. На протяжении двух последних лет у больной конфликт с соседями, которые претендуют на часть площади, занимаемой семьей сына. Появилась бессонница, а последние 7 месяцев постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве.

У больной тоскливое, напряженное выражение лица, 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 очень бледными, худыми, решила, что им нечего есть, что они болеют туберкулезом. Когда сын не пришел, а прислал невестку, у нее появилось убеждение, что он не может встать с постели от слабости, что он тяжело болен. Заявила, что люди будут проклипать ее за эгоизм, думать, что она уморила сына

своей жадностью, «экономией», уверяет врача, что это не так. Временами 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, ль этого она скоро умрет. Ориентирована правильно, корректна, опрятна, сообщает необходимые сведения о прошлой жизни, хорошо их помнит. Предъявленные ей вопросы осмысливает правильно, суждения не касающиеся ее болезни не нарушены.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Дополнительные вопросы к заданию:

6. Как вы оцениваете такой симптом, как запах ацетона изо рта?
7. Какие меры необходимо для того, чтобы устранить причину, вызвавшую этот симптом? Как питать больную?
8. Какие указания о наблюдении за больной должны быть сделаны персоналу отделения?

Задача №36

Больной С., 44 года, электрик. Наследственность не отягощена, родился в семье рабочих, старшим из 3-х детей. Окончил 11 классов общеобразовательной школы, ПТУ по специальности слесарь-электрик, КГТУ по спец. инженер локомотивостроения. Не женат. Детей нет. Проживает с матерью. Курит, алкоголем не злоупотребляет. По характеру тихий, апатичный, все близко воспринимает к сердцу. Пять лет назад в связи с личностными переживаниями появились запоры, боли в кишечнике, спазмы, обмороки. Обращался в различные лечебные учреждения, серьезных заболеваний выявлено не было. К психиатру не обращался. 4 года жил с указанными жалобами. Год назад присоединилась одышка, чувство нехватки воздуха. Был направлен в гастро-энтерологическое отделение ОКБ, где был проконсультирован психотерапевтом, был назначен amitriptilin и соннапакс, эффекта не было. От соннапакса – задержка мочи. Затем использовал эглонил, после которого стало легче. После отмены препарата через 2 недели вновь стало хуже, в связи с чем лечащим психиатром был направлен в ККПБ.

При поступлении: контакту доступен, ориентирован верно. В беседе фиксирован на своих переживаниях и жалобах на одышку и боли в животе, тревожен. Сообщает, что «постоянно беспокоит тревога». Внешне напряжен. Эмоции адекватны, синтонны. Мышление с привлечением конкретных признаков. Продуктивной симптоматики не выявлено. Суицидальные мысли отрицает. Критика сохранена.

Заключение невролога: астено-невротический синдром.

Заключение ЭПИ: тактичен, вежлив, несколько скован, эмоционально напряжен, фон настроения ровный, нерезко снижен. Отмечается щепетильность и кропотливость в выполнении заданий, тревожность, ипохондричность и пессимистичность высказываний. Личность характеризуется чертами педантичного и эмотивного типов характера, ригидностью установок. В когнитивной сфере существенных нарушений не выявлено. Критика в оценке своего состояния недостаточна.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

Задача №37

Больной П., 53 года, машинист насосной станции. Наследственность неотягощена. Рос и развивался нормально, окончил 10 классов, служил в армии без ограничений. Женат, имеет 2-х взрослых детей. Ранее злоупотреблял алкоголем. Кодировался 22 года назад, с тех пор не пил. Один раз «сорвался» 6 лет назад, пил 6 дней, самостоятельно обратился за помощью, однократно пролечился в 31-м наркологическом отделении ККПБ, с тех пор не пьет.

Считает себя больным около 10 лет, когда появилось периодическое чувство тревоги, раздражительность. Самостоятельно принимал феназепам до 4 таблеток в сутки. После выписки из 31 отделения постоянно жалуется на плохое настроение, тревогу, «не по себе». Лечился в отделении неврозов в ДС. По состоянию пьет «какие-то лекарства»: тералиджен, феназепам, фенибут. Ранее принимал азафен, труксал, сонапакс, флюанксол, бросил их принимать из-за плохой переносимости. Стали беспокоить боли во всем теле, тошнота, рвота. Сам принимал анальгин с димедролом. Прошел обследование у терапевта, существенной патологии не выявлено.

Последние 2 недели самочувствие ухудшилось: усилилась раздражительность, нервозность, ухудшилось настроение, нарушился сон, аппетит. Со слов жены: все время лежит, с трудом ходит на работу. Если остается дома, то просто лежит и смотрит в потолок. Стал очень ранимым и эмоциональным, расстраивается по любому поводу. Ищет у себя разные заболевания, рак. Обратился к психиатру, госпитализирован в ККПБ.

В соматическом статусе: гипотония (пьет кофеин и крепкий чай).

В неврологическом статусе без патологии.

Психический статус: в сознании, ориентирован верно, контакту доступен. На вопросы отвечает в плане беседы, по существу. Фон настроения снижен, ипохондричен, мнителен, сосредоточен на своем самочувствии, считает, что болен «много чем», в т.ч. неврозом, что все проблемы от того, что его нельзя было кодировать 6 лет назад.

Данные ЭПИ: испытуемый погружен в свои болезненные переживания, пассивен, безразличен к происходящему вокруг, подавлен, фон настроения

снижен, эмоциональные проявления однообразны и маловыразительны, выявлен умеренный уровень депрессивного состояния. Также отмечается инертность и истощаемость психических процессов, сужение объема механической памяти и снижение продуктивности непосредственного и логического запоминания, снижение концентрации и устойчивости активного внимания. Мышление конкретное, тугоподвижное, суждения поверхностные. Критика снижена.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте лечение.

База типовых тестовых заданий для экзамена по психиатрии
(полная база тестовых заданий хранится на кафедре и в центре тестирования)

1. Галлюцинации
 - относятся к негативным (дефицитарным) симптомам
 - расстройством невротического уровня
 - встречаются только при шизофрении
 - являются ошибочным восприятием объектов и явлений там, где в действительности ничего нет
2. Для сенестопатии характерно следующее:
 - больной затрудняется в описании своих ощущений
 - нередко возникают при шизофрении
 - часто сочетаются с ипохондрическими суждениями
 - усиливаются в вечернее время
3. Признаком нарушения мышления являются:
 - персеверации
 - резонерство
 - Амбивалентность
 - деперсонализация
4. Проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо являются все перечисленные ниже симптомы, **кроме**
 - персеверации
 - бред воздействия
 - псевдогаллюцинации
 - психический автоматизм
 - симптом открытости
5. Симптомы синдрома Корсакова:
 - антероретроградная амнезия
 - парамнезии

- фиксационная амнезия
- дезориентация в месте и времени

6. Заболевание, которое наиболее часто приводит к формированию лакунарного слабоумия:

- прогрессивный паралич
- болезнь Пика
- болезнь Альцгеймера
- атеросклероз сосудов головного мозга
- кисты и опухоли лобных долей мозга

7. Патологический аффект проявляется:

- амбивалентностью
- помрачением сознания
- чувством витальности тоски
- полной амнезией

8. Ступор является характерным проявлением:

- кататонической шизофрении
- атеросклеротического слабоумия
- депрессивной фазы МДП
- алкогольного делирия

9. Для делирия характерно следующее:

- наплыв ярких истинных галлюцинаций
- нарастание остроты состояния к вечеру
- нарушение ориентировки в месте и времени
- психомоторное возбуждение

10. Онейроид является типичным проявлением:

- маниакально-депрессивного психоза
- истерических психозов
- алкогольных психозов
- шизофрении

11. Препарат галоперидол вызывает следующие нейротропные, психотропные и вегетотропные эффекты:

- лекарственный паркинсонизм
- противорвотное действие
- купирование маниакального возбуждения
- купирование бреда и галлюцинаций

12. Нейролептический синдром проявляется:

- тремором, акатизией, гиперкинезами
- помрачением сознания
- мышечной скованностью
- парезами и параличами

13. Податливость, повышенная подчиняемость и внушаемость, безволие, стремление немедленно удовлетворить любую потребность являются типичными чертами психопатии:

- психастенической
- паранойяльной
- гипертимной
- неустойчивой
- истерической

14. Типичные психопатологические проявления травматической церебрастении:

- повышенная психическая истощаемость
- психический автоматизм
- лабильность эмоций
- псевдодеменция

15. Особенности личности, характерные для больных эпилепсией:

- эгоцентризм
- медлительность
- педантизм и аккуратность
- замкнутость и нерешительность

16. Варианты эпилептических пароксизмов, которые не сопровождаются полной амнезией:

- амбулаторные автоматизмы
- малые припадки
- аура
- дисфории

17. Понятие «алкогольная деградация личности» включает в себя:

- слабОВОлие, аффективную неустойчивость
- аутизм, персеверации и вербигерации
- легкомыслие, этический дефект
- лакунарную деменцию

18. Помрачение сознания является обязательным проявлением:

- алкогольного делирия
- алкогольного галлюциноза
- алкогольного параноида

корсаковского психоза

19. Типичная симптоматика опийной абстиненции:

- вялость, сонливость
- расширение зрачка
- булимия и полидипсия
- боли и судороги в мышцах

20. Мужчина 37 лет поступил в больницу для лечения острой пневмонии. Ранее много лет злоупотреблял алкоголем, лечился от алкоголизма. На 3-и сутки к вечеру стал суетлив, не удерживается в постели. Заявил, что в кровати ползает много жуков, утверждал, что находится у себя на даче, слышал за окном голос жены. Ваше заключение:

- алкогольный делирий
- алкогольный галлюциноз
- алкогольный параноид
- Корсаковский психоз
- недостаточно данных для диагноза

21. У больных шизофренией могут возникать следующие расстройства мышления:

- синдром Кандинского-Клерамбо
- парафренный синдром
- сверхценные идеи
- навязчивость

22. Следующие симптомы являются типичными проявлениями шизофрении:

- нарастающая эмоциональная холодность
- снижение волевой активности
- нарастающая аутизация, сужение круга интересов
- частые эпизоды непроизвольного «наплыва мыслей»

23. При маниакально-депрессивном психозе, как правило, наблюдаются:

- расстройства аффективной сферы
- патология ассоциативного процесса
- двигательные-волевые расстройства
- синдромы помрачения сознания

24. Мужчина 37 лет с 18 лет злоупотребляет алкоголем. Испытывает постоянную тягу к спиртному. Два дня назад вечером возникли «голоса», которые обсуждали между собой его поступки. В дневное время, особенно когда

больной находится на работе и занят делом, голоса исчезают, однако в вечернее время они возникают вновь. Ведущий синдром в настоящее время:

- абстинентный
- паранойяльный
- делирий
- параноидный
- галлюциноз

25. Какие черты характера пациента предрасполагают к формированию истерического невроза?

- инфантилизм, высокая внушаемость
- демонстративности, стремление обратить на себя внимание
- эмоциональная лабильность
- быстрая истощаемость, утомляемость

26. В МКБ-10 выделяются все следующие типы невротических и стрессовых расстройств, **кроме:**

- тревожное расстройство (фобический невроз)
- диссоциативное расстройство (истерический невроз)
- обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивостей)
- экспансивное расстройство (маниакальный невроз)

27. Характерные черты больных с возбудимой (эксплозивной) психопатией:

- склонность к формированию сверхценных идей
- целеустремленность, стремление к лидерству
- замкнутость, затруднение контактов с окружающими
- склонность к приступам дисфории

28. Какие виды труда будут способствовать большей компенсации у больных с психастенией?

- переводы научно-технической литературы
- программирование
- ведение домашнего хозяйства
- коммерческая и предпринимательская деятельность

29. Тип психопатии, который характеризуется наибольшей стеничностью в достижении поставленной цели:

- паранойяльная психопатия
- психастеническая психопатия
- истерическая психопатия
- возбудимая (эксплозивная) психопатия
- шизоидная психопатия

30. Характерными признаками реактивных психозов являются все следующие, кроме:

- острое психогенное начало
- нарушение сознания по типу делирия
- неадекватное, временами нелепое поведение
- отражение в проявлениях болезни психотравмирующей ситуации
- полное выздоровление после разрешения психотравмирующей ситуации

Вопросы к зачету по медицинской психологии.

1. Определение, предмет и задачи медицинской психологии;
2. Методы психологического исследования;
3. Принципы построения целенаправленной психологической беседы;
4. Определение психического здоровья и уровней психологической адаптации человека;
5. Критерии здоровья ВОЗ;
6. Влияние особенностей возраста и хронических заболеваний на личность человека;
7. Определение и типология акцентуации личности, тактика поведения врача с пациентами, которые имеют акцентуированные черты личности;
8. Определение и классификация основных типов отношения к болезни, особенности поведения больных с такими типами реагирования на болезнь;
9. Диагностика основных типов отношения к болезни;
10. Принципы психотерапевтической коррекции отношения к болезни;
11. Влияние болезни на познавательные процессы человека;
12. Влияние особенностей интеллекта больного на лечебный процесс;
13. Влияние болезни на эмоционально-волевую сферу человека;
14. Влияние болезни на эмоциональное состояние, нозогении;
15. Роль волевых качеств личности в лечебном процессе;
16. Изменения воли, влечений и поведения во время лечения;
17. Сознание, самосознание, их уровень;
18. Психодинамический подход в медицине;
19. Критерии нарушенного состояния сознания у больного;

Практические аспекты медицинской психологии.

1. Требования к личности медицинских работников;
2. Понятие «врачебный долг» и «врачебная тайна»;
3. Врачебные ошибки: причины и виды;
4. Психологические типы врачей;
5. Профессиональная деформация, «синдром выгорания» и пути его предупреждения;
6. Правила деонтологии и субординации в медицинской среде;

7. Виды и особенности общения в медицинской среде;
8. Психологические особенности этапов диагностического процесса;
9. Принципы общения врача с больными и их родственниками;
10. Принципы психопрофилактики труда, быта, семьи и сексуальных отношений;
11. Роль врача общей практики в профилактике нозопсихологических проявлений;
12. Реабилитация социальная и профессиональная, её основные разделы;
40. Основные современные методы психотерапии, принципы психотерапии;
13. Показания и противопоказания для проведения отдельных методов психотерапии;
14. Психологическая помощь в кризисных периодах;
15. Психологические особенности предоставления медицинской помощи в необычных ситуациях.

Перечень практических работ и заданий.

1. Самостоятельно вести направленную психологическую беседу с больными, составлять психологический анамнез болезни и жизни, оценивать психологическое состояние больного;
2. Проанализировать данные, полученные при экспериментально-психологическом обследовании, дать заключение на основе анализа результатов исследования;
3. Уметь выявлять акцентуации характера;
4. Определить тип внутренней картины болезни и типы реагирования пациента на заболевание;
5. Формировать адекватное отношение к заболеванию у пациента и поддерживать на всём протяжении лечебно-диагностического процесса;
6. Дифференцировать психологические особенности больных при разных соматических заболеваниях, определять необходимость психологической коррекции с учётом индивидуальных особенностей пациента;
7. Дать психогигиенические советы пациенту соматического профиля;
8. Разработать тактику общения с больными и их родственниками с учётом принципов врачебной этики и деонтологии;
9. Оценить и провести коррекцию взаимоотношений больного с медицинским персоналом;
10. Сделать анализ профессионально важных качеств;
11. Уметь выявлять суицидальные тенденции.

Банк профессионально-ориентированных ситуационных задач для зачёта по медицинской психологии.

Задача 1.

Больной Н. 55 лет, в течение 20 лет страдающий гипертонической болезнью, жалуется на выраженную рассеянность, связанную с этим забывчивость. Для исследования внимания у Н. можно применить:

Варианты ответа:

1. Методику «Прогрессивные матрицы Равена»
2. Корректуру пробу
3. Тест Векслера
4. Методику Зинга
5. Тест Амтхауэра

Задача 2.

Ф. 30 лет, отмечает в течение последнего месяца периодическую бессонницу, снижение аппетита. К числу типичных признаков здоровья не относятся:

Варианты ответа:

1. Структурная сохранность систем и органов человека
2. Функциональная сохранность систем и органов человека
3. Профессиональный и карьерный рост
4. Высокая приспособляемость организма к типичной для него физической и общественной среде
5. Сохранность привычного для него самочувствия

Задача 3.

Больная 21 г., предъявляет жалобы на ноющие боли внизу живота и в поясничной области, общую слабость, болезненное мочеиспускание. Объективно: гиперстенического телосложения, кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, Т тела 36,9 °С. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, шумовой мелодии не определяется. АД 130/80 мм рт.ст., пульс 75 уд./мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больной для установления диагноза?

Варианты ответа:

1. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, цистоскопия
2. Общий анализ крови и мочи, внутривенная урография
3. общий анализ крови и мочи, определение креатинина и мочевины крови
4. Общий анализ мочи, анализ мочи по Земницкому, КТ почек

5. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов малого таза и забрюшинного пространства.

Задача 4.

Больной 23 лет предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, возникшие сразу после перенесенной черепно-мозговой травмы. Врач-терапевт во время объективного обследования не выявил патологии со стороны внутренних органов. АД 110/50 мм рт.ст., пульс 93 уд./мин. Врач назначил сдачу анализов крови и мочи, предположил диагноз: сотрясение головного мозга - и назначил соответствующее лечение. Достаточно ли данных для постановки диагноза в данном случае?

Варианты ответа:

1. Недостаточно. Необходимо провести рентгенографию черепа и назначить консультацию невропатолога в плановом порядке
2. Достаточно
3. Недостаточно. Необходимо провести УЗИ внутренних органов и исследовать внутричерепное давление
4. Недостаточно. Необходимы консультации невропатолога, травматолога и снятие ЭЭГ головного мозга
5. Недостаточно. Необходимы консультации невропатолога, окулиста, хирурга, проведение КТ головного мозга для дифференциальной диагностики и выявления возможных осложнений

Задача 5.

При исследовании психологом памяти б-го Д., 43 л., по методике «запоминание 10 слов» при пятикратном повторении получены следующие результаты: 5-5-6-7-6-7 слов, через 1 час - 6 слов. Какая функция памяти нарушена?

Варианты ответа:

1. Сохранение информации
2. Воспроизведение информации
3. Забывание информации
4. Память не нарушена
5. Запоминание информации

Задача 6.

Пациент 3., 33 л., предъявляет жалобы на плохое настроение, тяжесть на душе, плохой сон и аппетит, связывая это состояние с сокращением на работе. Какой из психологических методик необходимо отдать предпочтение психологу для правильной оценки психического состояния больного?

Варианты ответа:

1. Методика Ч. Д. Спилбергера
2. Корректурная проба
3. Методика запоминания 10 слов
4. Методика классификации предметов
5. Методика В. Зунг

Задача 7.

Целью проведения психологического исследования б-го К., 29 л., предъявляющего жалобы на общую слабость, рассеянность, трудность усвоения новой информации, является оценка его внимания. Какой из перечисленных методик необходимо воспользоваться?

Варианты ответа:

1. Методика Ч. Д. Спилбергера
2. Методика В. Зунга
3. Методика запоминания 10 слов
4. Методика классификации предметов
5. Корректурная проба

Задача 8.

При осмотре б-го Н., 22 л., врач-психиатр заподозрил заболевание шизофренического спектра. С целью дифференциальной диагностики назначил целенаправленное исследование мышления больного. Какая из перечисленных методик решит поставленную задачу?

Варианты ответа:

1. Корректурная проба
2. Методика запоминания 10 слов
3. Методика В. Зунга
4. Методика классификации предметов
5. Методика Ч. Д. Спилбергера

Задача 9.

При обследовании пациента Н. 45 лет с помощью Ньюкаслской шкалы были получены такие результаты: семь баллов из десяти. Про что свидетельствуют данные результаты?

Варианты ответа:

1. Наличие депрессии
2. Наличие тревожного расстройства
3. Расстройства мышления
4. Расстройства внимания
5. Наличие органического поражения головного мозга

Задача 10.

Испытуемый К., 40 лет, отличающийся высокой требовательностью к себе и окружающим, слывущий очень серьезным человеком и «трудоголиком» при выборе вариантов поведения по опроснику Дженкинса отметил следующие, как характерные для него: 2-1; 3-2; 4-1; 5-2; 6-1; 7-1; 8-2; 9-2; 10-1; 11-1; 12-3; 13-2; 14-2; 15-1; 16-3. У К. выявляется:

Варианты ответа:

1. Коронарное поведение типа А
2. Коронарное поведение типа АВ
3. Коронарное поведение типа В
4. Акцентуация личности по застревающему типу
5. Высокий уровень алекситимии

Задача 11.

Больной К., 45 л., страдающий хроническим гастритом, обследован методикой для определения типа отношения к болезни и выявлен дисфорический тип внутренней картины болезни. Врач, проводивший исследование, на вопрос пациента о результатах порекомендовал обратиться за консультацией к психиатру. Оцените этико-деонтологический аспект действий врача в данном случае:

Варианты ответа:

1. Действия врача неправильные по форме, содержанию и не соответствуют деонтологическим принципам
2. Действия врача неправильные по смыслу, но не нарушают деонтологические нормы
3. Действия врача правильные по смыслу и соответствуют деонтологическим нормам
4. Действия врача неправильные только в деонтологическом отношении

Задача 12.

Пациентка, 23 лет. Два месяца назад получила черепно-мозговую травму, несколько минут была без сознания, затем в течение нескольких часов отмечалась тошнота и однократная рвота. На следующий день после травмы появились судорожные пароксизмы с частотой раз в неделю, протекавшие с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, прикусом языка. Какие дополнительные исследования следует назначить в данном случае?

Варианты ответа:

1. ЭЭГ
2. РЭГ
3. КТ
4. МРТ
5. УЗИ сосудов

Задача 13.

Пациент Ю., 56 л. наблюдается у онколога по поводу рака сигмовидной кишки 4 стадии. Тревожно оценивает свое состояние без склонности как преувеличивать его тяжесть, так и без недооценки тяжести болезни. Стремится активно содействовать лечению, точно выполняя все предписания лечащего врача. Старается не обременять своих близких тяготами ухода за собой. Определите тип отношения к болезни:

Варианты ответа:

1. Тревожный
2. Гармоничный
3. Меланхолический
4. Сенситивный
5. Анозогнозический

Задача 14.

Пациент К. 48 л., страдает тяжелым соматическим заболеванием. Какой критерий включает понятие «объективная тяжесть болезни».

Варианты ответа:

1. Летальности
2. Психологической значимости
3. Болевой характеристики болезни
4. Внутренней картины болезни
5. Нозологии

Задача 15.

В отделении интенсивного сестринского ухода находится пациентка 72 лет, страдающая раком молочной железы в терминальной стадии, с выраженным болевым синдромом. Порог болевой чувствительности ниже:

Варианты ответа:

1. У женщин
2. У мужчин
3. Различий не обнаруживается
4. У женщин с преобладанием фемининных свойств
5. У женщин с повышенной маскулинизацией

Задача 16.

На консультации у дерматолога мать с 12 летней девочкой, страдающей угревой болезнью. Мать обеспокоена тем, что дочь отказывается ходить в школу, потому что одноклассники ее дразнят, не хотят с ней общаться. Настроение пациента снижено, заявляет, что она безобразна". Какая патология для подростков является наиболее тяжелой в психологическом отношении:

Варианты ответа:

1. Сексуальные расстройства
2. Заболевания, изменяющие внешность

3. Онкологические заболевания
4. Инфаркт
5. Инсульт

Задача 17.

Пациентка Ф., 43 л., в течение последних 2-х месяцев регулярно посещает хирурга, настаивая на проведении оперативного вмешательства по поводу патологии желудка, не смотря на аргументированное заключение врачебного консилиума о нецелесообразности проведения данного вида лечения. Постоянное и непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:

Варианты ответа:

1. Симуляцией
2. Агравационным синдромом
3. Ипохондрическим синдромом
4. Синдромом Ашафенбурга
5. Синдромом Мюнхаузена

Задача 18.

Пациентка С, 17 л., обратилась к психотерапевту по поводу страха речи. Логофобия встречается при:

Варианты ответа:

1. Шизофрении
2. Сахарном диабете
3. Заикании
4. Гиперкинетическом синдроме
5. Аутизме

Задача 19.

Больной Х., 50-ти лет обратился с жалобами на сердцебиение, периодическую боль в предсердной области, головную боль, преимущественно в затылочной области. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими везикулярное дыхание, тоны сердца звучные, акцент второго тона на аорте. Пульс 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул обычной консистенции. АД - 170/110 мм рт.ст.. В программу дальнейшего обследования, помимо общего обязательного комплекса лабораторных и инструментальных исследований, включены: ЭКГ, ультразвуковое исследование почек; доплерография сосудов шеи; анализ мочи по Аддисону - Каковскому.

Предположительный диагноз - артериальная гипертензия. Достаточно ли обоснован этот диагноз, и достаточен ли объем дополнительных исследований?

Варианты ответа:

1. Предположительный диагноз достаточно обоснован, дополнительные исследования не требуются
2. Диагноз поставлен без достаточных оснований
3. Предположительный диагноз и план обследования не обоснованы
4. Предположительный диагноз поставлен правильно, но дополнительные исследования намечены в недостаточном объеме
5. Дополнительные исследования намечены неправильно

Задача 20.

Больной К., 34 года. Обратился к терапевту с жалобами на головные боли, раздражительность, сниженное настроение. Сомато-неврологически - в пределах возрастной нормы. Процесс постановки диагноза должен быть начат с:

Варианты ответа:

1. Сбора анамнеза
2. Консультации невропатолога
3. Консультации психиатра
4. МРТ-исследования
5. ЭКГ-исследования

Задача 21.

Врач-терапевт дает рекомендации пациенту К., предлагая занятия физкультурой в группе здоровья, прогулки на свежем воздухе два раза в день, дозированную физическую нагрузку на дачном участке, посещение групповых психотерапевтических занятий. Данные мероприятия относятся к проблемам:

Варианты ответа:

1. Возрастной психогигиены;
2. Психогигиены труда и быта;
3. Психогигиены семьи;
4. Психопрофилактики;
5. Реабилитации;

Задача 22.

При поступлении на работу в органы внутренних дел, претенденты проходят психологическое тестирование, направленное на определение особенностей основных психических функций, структуру личности, склонности к агрессивному и аутоагрессивному поведению. Данное мероприятие относится к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Психологической реабилитации;

Задача 23.

Молодая пара обратилась в центр психологического консультирования с просьбой определить их психологическую совместимость для создания семьи. Им предложено посетить курс лекций и групповых занятий, на которых рассматриваются вопросы мотивов вступления в брак, гармоничной семейной жизни, гармонии сексуальных отношений. Данные мероприятия относятся к проблемам:

Варианты ответа:

1. Возрастной психогигиены;
2. Психогигиены труда и быта;
3. Психогигиены семьи;
4. Психопрофилактики;
5. Реабилитации;

Задача 24.

В общесоматической больнице психолог каждые полгода проводит обследование врачей и медицинского персонала с целью определения признаков эмоционального выгорания и сопряженных с ним психопатологических и соматических симптомов. Данное мероприятие относится к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. В.Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Психологической реабилитации;

Задача 25.

Больной К., 18 лет. Через 2 недели после купирования симптомов первого психотического эпизода (острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, поступил в реабилитационное отделение). Подбор адекватной психофармакотерапии с целью полного купирования остаточных явлений перенесенного психоза относится к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации;

Задача 26.

Больная В., 45 лет, находится на лечении в психиатрической больнице по поводу умеренного депрессивного эпизода, развившегося после внезапной смерти мужа. Помимо медикаментозной терапии, больная посещает групповые занятия,

направленные на выработку у пациентки навыков жизни без поддержки супруга, с ней проводится индивидуальная психотерапевтическая работа с высоким уровнем эмоциональной поддержки. Данная система мероприятий относится к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации;

Задача 27.

Больной В., 45 лет. В течение 20 лет страдает шизофренией. Является инвалидом III группы, работает лаборантом. Регулярно посещает занятия в Клубе бывших пациентов, индивидуальные и групповые психотерапевтические сеансы. Считает, что его относительно стабильному состоянию помогает не только регулярный прием медикаментов, но и психологическая поддержка, которая настраивает его на постоянный прием лекарств, работу, помощь родителям по дому. Проводимые по отношению к больному мероприятия относятся к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации;

Задача 28.

Больной Е., 26 лет, в течение 3-х лет страдает шизофренией, после очередного обострения, спровоцированного скандалом между родителями, находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении больного посещает только мать, по словам которой, муж (отец) отказывается признать наличие болезни у сына, считает его лентяем, обвиняет мать в том, что она «покрывает бездельника». По этому поводу в семье часто бывают скандалы, во время которых мать защищает сына, а больной «закрывается в своей комнате и плачет». После разъяснительной беседы и купирования у больного психотических симптомов семья включена в программу семейной терапии, занятия посещают все члены семьи. Данная система мероприятий относится к:

Варианты ответа:

1. Психогигиене;
2. Первичной психопрофилактике;
3. Вторичной психопрофилактике;
4. Третичной психопрофилактике;
5. Реабилитации;

Задача 29.

Больной П., 36 лет. Страдает обсессивно-компульсивным расстройством с преобладанием агорафобии. В комплексной терапии наряду с медикаментозной в данном случае целесообразно использовать:

Варианты ответа:

1. Психодинамическую психотерапию
2. Когнитивную психотерапию
3. Поведенческую психотерапию
4. Гипнозотерапию
5. Гештальт-терапию

Задача 30.

Больная И., 52 года. По характеру тревожная, властная, демонстративная. Страдает соматизированным расстройством. Настойчиво требует «назначить гипноз». В данном случае больной показана:

Варианты ответа:

1. Психодинамическая психотерапия
2. Когнитивная психотерапия
3. Поведенческая психотерапия
4. Гипнозотерапия
5. Гештальт-терапия

Задача 31.

Больной А., 27 лет, дизайнер. Страдает неврастенией. Обладает высоким интеллектом, ищет причины резвившегося состояния («помогите разобраться в себе, сколько бы времени это ни заняло»). В комплексной терапии наряду с медикаментозной в данном случае целесообразно использовать:

Варианты ответа:

1. Психодинамическую психотерапию
2. Когнитивную психотерапию
3. Поведенческую психотерапию
4. Гипнозотерапию
5. Гештальт-терапию

База типовых тестовых заданий для зачёта по медицинской психологии

(полная база тестовых заданий хранится на кафедре и в центре тестирования)

1. К основным методам психологического исследования относятся:

- Наблюдение, интервью
- Реоэнцефалография
- Нагрузочные пробы

ЭЭГ, КРГ

2. Различают следующие виды наблюдения в психологии:

- Отвлеченное наблюдение
- Включенное наблюдение
- Специальное наблюдение
- Ориентированное наблюдение

3. Метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни, структуре проблемы пациента, а также способ психологического воздействия на человека на основе личного контакта имеет название

- Наблюдение
- Психотерапия
- Интервью
- Диагностическая проба

4. К функциям интервью относятся:

- Диагностическая
- Профилактическая
- Прогностическая
- Психоаналитическая

5. Существуют следующие экспериментально-психологические методики

- Инструментальные и лабораторные
- Физиологические и аналитические
- Качественные и психометрические
- Графические и прогностические

6. Характеристика, отражающая точность психодиагностического измерения и устойчивость результатов методики к действию посторонних случайных факторов, называется

- Валидность
- Надежность
- Стабильность
- Применяемость

7. К этапам экспериментально-психологического обследования относятся:

- Консультирование пациентов
- Интерпретация симптомов обширных групп больных
- Вынесение диагностического и прогностического заключения
- Соотнесение данных с результатами исследований других авторов

8. Совокупность способностей, которая позволяет получать продукт деятельности, отличающийся оригинальностью и новизной, совершенством и общественной значимостью, особенностью является высокий уровень творчества при осуществлении деятельности

- Гениальность
- Одаренность
- Талант
- Развитость

9. Сознательное регулирование человеком своего поведения, связанное с преодолением внутренних и внешних препятствий, обладающее рядом признаков:

- Воля
- Эмоциональность
- Реактивность
- Характер

10. По характеру предмета, на который они направлены, выделяют потребности:

- Первичные, вторичные
- Физиологические, социальные
- Общие, специфические
- Материальные, духовные, социальные

11. Специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые.

- Фрустрация
- Агрессивность
- Аффект
- Адаптация

12. В современную классификацию входят следующие виды кризисов:

- Психические кризисы, физические кризисы
- Стрессорные кризисы, обсессивные кризисы
- Кризисы развития, случайные кризисы
- Адаптационные кризисы, фрустрационные кризисы

13. Возвращение в проблемной ситуации к ранним или более незрелым (детским) формам удовлетворения потребностей и поведения имеет название:

- Проекция
- Регрессия
- Смещение

Гиперкомпенсация

14. Механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает:

- Интроекция
- Компенсация
- Проекция
- Вытеснение

15. Механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, болезненных в случае их осознания:

- Сублимация
- Компенсация
- Регрессия
- Отрицание реальности

16. Нормальное проявление социальных связей и отношений между людьми, способ взаимодействия при столкновении несовместимых взглядов, позиций и интересов, противоборство взаимосвязанных, но преследующих свои цели двух или более сторон:

- Конфликт
- Спор
- Вражда
- Стресс

17. Классификация конфликтов по количеству сторон, принимающих в нем участие, включает:

- Кратковременные острые и длительные острые конфликты
- Межгрупповые и межличностные конфликты
- Эмоциональные и социально-психологические конфликты
- Экономические и социально-бытовые конфликты

18. К фазам стресса относится:

- Фаза дистресса
- Фаза сопротивляемости
- Фаза формирования защит
- Фаза преодоления

19. Автором понятия «копинг» (от английского «to cope» — совладать, справляться) является:

- Карл Юнг
- Ганс Селье
- Альфред Адлер

Абрахам Маслоу

20. К факторам возникновения психосоматических заболеваний относят:

- Сезонный и психологический
- Физический и анатомический
- Возрастной и производственный
- Половой и психологический

21. Депрессия, в структуре которой ведущее место принадлежит своеобразным соматическим ощущениям с опасениями за состояние своего здоровья, связанными с переживаниями отчуждения, которые касаются нормальных телесных ощущений и представлений, называется:

- Апатическая
- Астеническая
- Ипохондрическая
- Витальная

22. Особенно часто формирование страха смерти у пациентов с кардионеврозами отмечается в связи с:

- Инфарктом миокарда
- Приступами психогенной аритмии — брадикардии
- Нарушениями проводимости
- WPW-синдромом

23. В классификации конфликтов по проблемно-деятельностному признаку выделяют:

- Педагогические
- Долговременные
- Межнациональные
- Реалистичные

24. К вариантам внутренней картины болезни относится:

- Апатический
- Индифферентный
- Диспластический
- Дисфункциональный

25. Тип внутренней картины болезни, для которого характерна слабая выраженность переживаний, связанных с болезнью, эмоциональная недооценка проявлений и самого факта её, активное неприятие всего, что свидетельствует о недуге.

- Гипопатичный
- Лабильный

- Гиперпатичный
- Гармоничный

26. Тип внутренней картины болезни, который проявляется избыточной эмоциональной напряжённостью, преувеличением тяжести болезненных ощущений и переживаний, выискиванием несуществующих страданий.

- Лабильный
- Гипопатичный
- Гиперпатичный
- Индифферентный

27. К типам личностной реакции на заболевание относится:

- Адекватная реакция
- Психотическая реакция
- Патологическая реакция
- Содружественная реакция

28. Тип личностной реакции на заболевание, при котором больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом.

- Разрушительная реакция
- Негативная реакция
- Следовая реакция
- Паническая реакция

29. В переживаниях и отношении человека к своей болезни в динамике можно наблюдать такой этап как:

- Фаза сопротивляемости
- Фаза преодоления
- Фаза адаптации к болезни
- Фаза отрицания

30. К базовым коммуникационным навыкам относят:

- Навыки сбора информации
- Передачи плохих известий
- Общения при резком недостатке времени
- Общения с неизлечимо больными пациентами