

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Многопрофильной клинической подготовки
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА (9 СЕМЕСТР)

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время. (Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

Ситуационные задачи для контрольной работы:

ЗАДАЧА № 1.

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой протрацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 2.

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь...

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 3.

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

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 4.

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

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

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 5.

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

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 6.

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 7.

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 8.

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

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

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 9.

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 10.

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

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 11.

Больной обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в нижней части живота. При опросе уточняет, что боли носят неопределенный разлитой характер, с приемом пищи не связаны, после назначенных ему по поводу гастрита препаратов не ослабевают.

В беседе с больным обращает на себя внимание некоторая монотонность его речи, бедная мимика, редкое моргание, вялость движений. На уточняющие вопросы больной ответил, что плохого настроения у него нет, хотя он и огорчен своей болезнью. Однако бывает, что ему ничего не хочется делать и трудно заставить себя работать, но «заставив» себя начать работу он «втягивается» и может довольно продуктивно и продолжительно трудиться.

Больной также пожаловался на плохой аппетит, неустойчивый стул – запоры, сменяющиеся поносами, поверхностный сон, исхудание. Склонен объяснять перечисленное «болезнью желудка».

При осмотре отмечается: кожа суховатая, несколько дряблая, живот мягкий, болезненность при пальпации не усиливается, умеренная брадикардия.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 12.

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 13.

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 14.

Больной К., 19 лет. В поведении больного наблюдается чрезмерная подвижность, но движения носят неестественный характер – манерны, вычурны. Отмечается гримасничанье, кривляние. Фон настроения часто повышен. Бывает выраженное речевое возбуждение с нелепыми высказываниями, плоскими шутками, неологизмами, импульсивными выкриками. Периодически больной начинает хохотать, хихикать, поет, приплясывает, притоптывает, передразнивает других, иногда движения напоминают движения животных. Отмечаются отрывочные галлюцинаторные и бредовые переживания. В целом поведение характеризуется своей непродуктивностью и нелепостью.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ЗАДАЧА № 15.

Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли известны окружающим, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.

ВЫДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (9 СЕМЕСТР)

Задание для показателя оценивания дескриптора «Знает»	Вид задания
<ol style="list-style-type: none"> 1. Исторические этапы развития и основные направления в психиатрии. 2. Организация психиатрической помощи. 3. Психиатрический стационар. 4. Амбулаторная психиатрическая помощь. 5. Вопросы трудовой, судебной и военной экспертизы. 6. Психогигиена и психопрофилактика, 7. Деонтология и медицинская этика. 8. Понятие здоровья и нормы в психиатрии. 9. Концепция Э. Блейлера о границах психической патологии. 10. Роль Ф. Пинеля, Дж. Конноли в утверждении правовых основ психиатрии. 11. История соблюдения гражданских прав и свобод душевнобольных и регулирования психиатрической помощи в России. 12. Закон о психиатрической помощи в Российской Федерации и гарантиях прав граждан при её оказании. 13. Критерии недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации психически больных. 	Теоретическое
<p>Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»</p>	<p>Вид задания</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническое исследование (расспрос, наблюдение, осмотр). 2. Этологический метод и социобиологический подход в психиатрии. 3. Антропозологический метод. 4. Транс- и кросскультуральный анализ в психиатрии. Роль Э Крепелина. 5. Патопсихологическое исследование (вербальные и проективные методики психодиагностического тестирования). 6. Нейропсихологическая диагностика. 7. Рентгенологическая диагностика в психиатрии. 8. Нейрофизиологическое исследование головного мозга, в т.ч. нейроимиджинг. Лабораторное и консультативное обследование. 9. История создания классификации душевных болезней. 10. Роль Э. Крепелина в разработке систематики и нозологических критериев диагностики психических заболеваний. 11. Номенклатурные и диагностические инновации в разделе психических и поведенческих расстройств МКБ – 10. 12. Понятие психиатрической стигмы и стигматизации психиатрическим диагнозом. 13. Критерий культуральной адекватности психического феномена. 14. Гиперестезия, гипестезия, анестезия, парестезия, синестезия. 15. Сенестопатии гомономные и гетерономные, сенесталгии. 16. Иллюзии и парейдолии. 17. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. 18. Роль В.Х. Кандинского в изучении расстройств восприятия. 19. Галлюциноиды. 20. Психосенсорные расстройства. 21. Определение эмоции. Понятие о настроении, аффекте, стрессе, дистрессе, фрустрации. Гипотимия, гипертимия. 22. Депрессия, дисфория. 23. Эйфория, мория, мания. 24. Эмоциональная лабильность, неадекватность. 25. Эмоциональная амбивалентность. 26. Эмоциональная холодность, апатия. 27. Определение воли. Классификация волевых расстройств. 28. Абулия, гипобулия, гипербулия, парабулия. 29. Расстройства влечений: импульсивные, инстинктивные (сексуальные, пищевые, самосохранения). 30. Двигательно-волевые расстройства: акинезия, ступор, стереотипии, 	

негативизм, амбитендентность, манерность, вычурность.

31. Определение и функции памяти (фиксация, ретенция, репродукция).
32. Классификация нарушений памяти.
33. Качественные расстройства памяти (парамнезии и криптомнезии).
34. Количественные расстройства памяти (амнезия, гипермнезия, гипомнезия), их клинические разновидности.
35. Закон Рибо.
36. Синдром Корсакова.
37. Определение интеллекта.
38. Интеллектуальный коэффициент и его измерение.
39. Умственная отсталость (лёгкая, умеренная, тяжёлая, глубокая).
40. Приобретённая деменция (лакунарная, тотальная)
41. Э. Блейлер и П.Б. Ганнушкин о пограничных вариантах интеллектуальной нормы.
42. Формы мыслительной деятельности.
43. Этапы развития (виды) мышления.
44. Свойства развитого мышления.
45. Классификация нарушений мышления.
46. Расстройства мышления по темпу.
47. Структурные нарушения мышления.
48. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые идеи, сверхценные идеи, бред. Имманентные признаки бреда по К.Ясперсу.
49. Формы бреда и клинические разновидности бредовых идей.
50. Распознавание бреда, его дифференциальная диагностика с навязчивыми и сверхценными идеями.
51. Филогенез сознания.
52. Виды ориентировки.
53. Классификация нарушений сознания.
54. Количественные нарушения сознания (оглушение, сопор, кома).
55. Качественные расстройства сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания).
56. Разновидности сумеречного помрачения сознания: амбулаторный автоматизм, fuga, транс, ориентированные сумерки.
57. Определение и свойства внимания.
58. Общая психопатология внимания.
59. Астенический синдром.
60. Синдром невротической депрессии и синдром нервной анорексии.
61. Обсессивно-фобический синдром.
62. Ипохондрический синдром.
63. Психопатические синдромы.
64. Гипопсихотический синдром.
65. Галлюцинаторный, паранойяльный, параноидный и парафренный синдромы.
66. Галлюцинаторно-параноидный синдром, в т.ч. Киндинского-Клерамбо.
67. Синдромы Котара, Капгра, Клерамо, Керера.
68. Кататонический синдром.
69. Гебефренический синдром
70. Маниакальный синдром.
71. Депрессивный синдром.
72. Simplex-синдром.
73. Апатико-абулический синдром.
74. Синдром отмены ПАВ.
75. Синдром снижения энергетического потенциала.
76. Синдром регресса личности.
77. Дементный синдром.
78. Синдром разрушения психики.

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время. (Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (10 СЕМЕСТР)

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме

Основные этапы написания учебной истории:

Титульный лист (отдельная страница)

Паспортная часть.

Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.

Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.

Анамнез жизни.

Данные объективного исследования больного.

Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.

План обследования.

Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.

Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).

Дифференциальный диагноз.

Лечение больного и его обоснование.

Прогноз.

Профилактика (первичная и вторичная).

Эпикриз.

Дневник курации.

Список использованной литературы.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ (10 СЕМЕСТР)

Задание для показателя оценивания дескриптора «Знает»	Вид задания
I. Общая психиатрия. 1. Исторические этапы развития и основные направления в психиатрии. 2. Организация психиатрической помощи. 3. Психиатрический стационар. 4. Амбулаторная психиатрическая помощь. 5. Вопросы трудовой, судебной и военной экспертизы. 6. Психогигиена и психопрофилактика, 7. Деонтология и медицинская этика. 8. Понятие здоровья и нормы в психиатрии. 9. Концепция Э. Блейлера о границах психической патологии. 10. Роль Ф. Пинеля, Дж. Конноли в утверждении правовых основ психиатрии. 11. История соблюдения гражданских прав и свобод душевнобольных и регулирования психиатрической помощи в России. 12. Закон о психиатрической помощи в Российской Федерации и гарантиях	Теоретическое

прав граждан при её оказании.

13. Критерии недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации психически больных.
14. Клиническое исследование (расспрос, наблюдение, осмотр).
15. Этологический метод и социобиологический подход в психиатрии.
16. Антропозологический метод.
17. Транс- и кросскультуральный анализ в психиатрии. Роль Э Крепелина.
18. Патопсихологическое исследование (вербальные и проективные методики психодиагностического тестирования).
19. Нейропсихологическая диагностика.
20. Рентгенологическая диагностика в психиатрии.
21. Нейрофизиологическое исследование головного мозга, в т.ч. нейроимиджинг. Лабораторное и консультативное обследование.
22. История создания классификации душевных болезней.
23. Роль Э. Крепелина в разработке систематики и нозологических критериев диагностики психических заболеваний.
24. Номенклатурные и диагностические инновации в разделе психических и поведенческих расстройств МКБ – 10.
25. Понятие психиатрической стигмы и стигматизации психиатрическим диагнозом.
26. Критерий культуральной адекватности психического феномена.
27. Гиперестезия, гипестезия, анестезия, парестезия, синестезия.
28. Сенестопатии гомономные и гетерономные, сенесталгии.
29. Иллюзии и парейдолии.
30. Истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.
31. Роль В.Х. Кандинского в изучении расстройств восприятия.
32. Галлюциноиды.
33. Психосенсорные расстройства.
34. Определение эмоции. Понятие о настроении, аффекте, стрессе, дистрессе, фрустрации. Гипотимия, гипертимия.
35. Депрессия, дисфория.
36. Эйфория, мория, мания.
37. Эмоциональная лабильность, неадекватность.
38. Эмоциональная амбивалентность.
39. Эмоциональная холодность, апатия.
40. Определение воли. Классификация волевых расстройств.
41. Абулия, гипобулия, гипербулия, парабулия.
42. Расстройства влечений: импульсивные, инстинктивные (сексуальные, пищевые, самосохранения).
43. Двигательно-волевые расстройства: акинезия, ступор, стереотипии, негативизм, амбитендентность, манерность, вычурность.
44. Определение и функции памяти (фиксация, ретенция, репродукция).
45. Классификация нарушений памяти.
46. Качественные расстройства памяти (парамнезии и криптомнезии).
47. Количественные расстройства памяти (амнезия, гипермнезия, гипомнезия), их клинические разновидности.
48. Закон Рибо.
49. Синдром Корсакова.
50. Определение интеллекта.
51. Интеллектуальный коэффициент и его измерение.
52. Умственная отсталость (лёгкая, умеренная, тяжёлая, глубокая).
53. Приобретённая деменция (лакунарная, тотальная)
54. Э. Блейлер и П.Б. Ганнушкин о пограничных вариантах интеллектуальной нормы.
55. Формы мыслительной деятельности.
56. Этапы развития (виды) мышления.
57. Свойства развитого мышления.
58. Классификация нарушений мышления.
59. Расстройства мышления по темпу.
60. Структурные нарушения мышления.
61. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые идеи, сверхценные

- идеи, бред. Имманентные признаки бреда по К.Ясперсу.
- 62.Формы бреда и клинические разновидности бредовых идей.
- 63.Распознавание бреда, его дифференциальная диагностика с навязчивыми и сверхценными идеями.
- 64.Филоонтогенез сознания.
- 65.Виды ориентировки.
- 66.Классификация нарушений сознания.
- 67.Количественные нарушения сознания (оглушение, сопор, кома).
- 68.Качественные расстройства сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания).
- 69.Разновидности сумеречного помрачения сознания: амбулаторный автоматизм, фуга, транс, ориентированные сумерки.
- 70.Определение и свойства внимания.
- 71.Общая психопатология внимания.
- 72.Астенический синдром.
- 73.Синдром невротической депрессии и синдром нервной анорексии.
- 74.Обсессивно-фобический синдром.
- 75.Ипохондрический синдром.
- 76.Психопатические синдромы.
- 77.Гипопсихотический синдром.
- 78.Галлюцинаторный, паранойяльный, параноидный и парафренный синдромы.
- 79.Галлюцинаторно-параноидный синдром, в т.ч. Киндинского-Клерамбо.
- 80.Синдромы Котара, Капгра, Клерамо, Керера.
- 81.Кататонический синдром.
- 82.Гебефренический синдром
- 83.Маниакальный синдром.
- 84.Деперссивный синдром.
- 85.Simplex-синдром.
- 86.Апатико-абулический синдром.
- 87.Синдром отмены ПАВ.
- 88.Синдром снижения энергетического потенциала.
- 89.Синдром регресса личности.
- 90.Дементный синдром.
- 91.Синдром разрушения психики.

II. Частная психиатрия.

- 92.Понятие о синдроме, патокинезе, клинической картине психической болезни. Позитивные и негативные синдромы.
- 93.Механизм возникновения продуктивных и дефицитарных психопатологических расстройств с позиций теории диссолюции Джексона.
- 94.Экзогенные и эндогенные синдромы.
- 95.Основные продуктивные и дефицитарные синдромы.
- 96.Болезненность и заболеваемость психическими расстройствами.
- 97.Особенности эпидемиологии психических расстройств в географических изолятах
- 98.Понятие рангов (регистров) психопатологических синдромов.
- 99.Систематика регистров Э. Крепелина.
- 100.Систематика регистров А. Эйя.
- 101.Систематика регистров А.В. Снежневского.
- 102.Семиотика органического поражения головного мозга.
- 103.Фазы острого мозгового синдрома: аффективная, бессознательная, турбулентная и астеническая.
- 104.Клинические критерии диагностики психоорганического синдрома: триада Вальтер Бюэля.
- 105.Органическое расстройство (психопатизация) личности.
- 106.Критерии диагностики церебрастенической, энцефалопатической и дементной стадий психоорганического синдрома.
- 107.Эпилептический синдром.
- 108.Органические психозы.
- 109.История учения об умственной отсталости.

110. Вопросы психического недоразвития в концепции дегенерации Бенедикта Мореля. «Малоумие» и его степени в МКБ 1-9 пересмотров.
111. Олигофрения, дебильность, имбецильность, идиотия как психиатрические стигмы. Этиология и патогенез умственной отсталости.
112. Номенклатура и классификация умственной отсталости в МКБ-10.
113. Понятия непроцессуальности, непрогредиентности, стабильности применительно к умственной отсталости.
114. Обучаемость и умственная отсталость.
115. Способы «маскирующей» компенсации психического недоразвития.
116. Эпидемиология эпилепсии.
117. Этиология и патогенез эпилепсии.
118. Классификация и клиника припадков.
119. Эпилептические изменения личности.
120. Эпилептическое слабоумие.
121. Взаимоотношения эпилепсии с другими психическими заболеваниями.
122. Семиотика эпилепсии и эпилептических синдромов: судорожные и бессудорожные припадки, их эквиваленты, дисфорические состояния.
123. Эпилептический статус: клиника, экстренная помощь.
124. Нейрофизиологическая диагностика эпилептических состояний.
125. Дифференциальный диагноз эпилептической болезни.
126. Определение понятия, эпидемиология, этиопатогенез.
127. Диагностические критерии П.Б. Ганнушкина.
128. Семиотика расстройств личности: шизоидного, параноидного, истерического, анакастного, тревожного, диссоциального, эмоционально неустойчивого, астенического, смешанного.
129. Дифференциальный диагноз с органической психопатизацией личности, психопатоподобным поведением при умственной отсталости и эндогенных заболеваниях. Медикаментозная и психотерапевтическая коррекция, социальная реадaptация и реабилитация.
130. Эпидемиология зависимости от ПАВ.
131. Этиология и патогенез зависимости от ПАВ.
132. Алкоголизм, наркомании, токсикомании: клиника, лечение, профилактика. Диспансеризация пациентов с зависимостью от ПАВ, медико-социальная и судебная экспертиза, правовые аспекты оказания наркологической помощи.
133. Донозологические формы злоупотребления психоактивными веществами и «группа риска».
134. Стадии алкогольной зависимости.
135. Алкогольный абстинентный синдром.
136. Истинные и ложные запои, алкогольные палимпсесты и амнестические формы опьянения, толерантность к алкоголю, признаки алкогольной деградации личности.
137. Клиника гашишной наркомании.
138. Клиника кокаиновой зависимости.
139. Клиника опишной наркомании. Синдром отмены опиатов.
140. Клиника лекарственной, бензиновой, ацетоновой и других вариантов токсикомании. Методика проведения экспертизы опьянения и одурманивания.
141. Эпидемиология психогенных заболеваний.
142. Этиология и патогенез психогений в контексте теорий З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера, К. Хорни, Э. Фрома.
143. Критерии диагностики психогенных расстройств по К. Ясперсу.
144. Семиотика пограничных психических расстройств: неврозы, невротические состояния, реакции и развития.
145. Реактивные психозы, психозы «измененной почвы» по Жислину, дезадаптационные психозы у северных переселенцев.
146. Тревожные и фобические расстройства. Панические атаки.
147. Обсессивно-компульсивные расстройства.
148. Диссоциативно-конверсионные расстройства.
149. Многоличностное расстройство и проблема «аутоперсонамнезии».
150. Нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство.

<p>151.Неврастения.</p> <p>152.Ипохондрическое расстройство и нозофобии.</p> <p>153.Соматизированное расстройство.</p> <p>154.Эпидемиология, этиология и патогенез.</p> <p>155.Рекуррентная (монополярная) депрессия.</p> <p>156.Клинические варианты депрессивного состояния.</p> <p>157.Ажитированная депрессия, меланхолический раптус.</p> <p>158.Адинамическая, апатическая, анестетическая, слезливая, ироническая, бредовая депрессия.</p> <p>159.Дифференциальная диагностика эндогенной и невротической депрессии.</p> <p>160.Критерий витальности. Циркадный и месячный ритмы депрессий.</p> <p>161.Эндо-реактивная дистимия Вайтбрехта.</p> <p>162.Депрессия истощения Кильхгольца.</p> <p>«Двойная» депрессия.</p> <p>163.Биполярное аффективное расстройство. Циклотимия.</p> <p>164.Клинические варианты маниакального состояния.</p> <p>165.Эпидемиология расстройств шизофренического спектра.</p> <p>166.История учения о «dementia praecox». Роль Э.Крепелина в нозологической дискриминации болезни.</p> <p>167.Критерии диагностики шизофрении: основные и факультативные расстройства по Э.Блейлеру, симптомы 1-го и 2-го ранга по К.Шнайдеру.</p> <p>168.Клинические формы и варианты течения шизофрении.</p> <p>169.Понятия дебюта, обострения, рецидива, ремиссии, дефекта и исходного состояния при шизофрении.</p> <p>170.Проблема этиологии и патогенеза.</p> <p>171.Критерии отграничения клинических форм шизофрении.</p> <p>172.Критерии оценки течения болезни.</p> <p>173.Дифференциальная диагностика шизофрении, шизотипического расстройства, шизоаффективного, шизофреноподобного психоза и хронического бредового расстройства.</p> <p>174.Варианты шизофренического дефекта и исходного состояния.</p> <p>175.Критерии временной и стойкой утраты трудоспособности и социального функционирования психически больных.</p> <p>176.Экспертиза невротических и личностных расстройств, острых и хронических психозов и слабоумия.</p> <p>177.Понятие о реадaptации и реабилитации.</p> <p>178.Социальная реабилитация в свете проблемы психиатрической стигмы и пути её решения.</p> <p>179.Понятие о психотропных средствах. Классификация психофармакологических средств.</p> <p>180.Нейролептики: история создания, свойства, различия между нейролептиками 1-го и 2-го поколения.</p> <p>181.Нейролептики: понятие, классификация, механизм действия.</p> <p>182.Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии и их купирование.</p> <p>183.Транквилизаторы: понятие, механизм действия, классификация.</p> <p>184.Транквилизаторы: принципы применения, побочные эффекты и осложнения.</p> <p>185.Антидепрессанты: понятие, классификация.</p> <p>186.Антидепрессанты: понятие, механизм действия.</p> <p>187.Антидепрессанты: показания для назначения, выбор, принципы применения.</p> <p>188.Основные принципы и методы лечения больных алкоголизмом.</p> <p>189.Психотерапия: понятие, рациональная (разъясняющая) терапия.</p> <p>190.Психотерапия: понятие, аутогенная тренировка.</p> <p>191.Психотерапия: понятие, психоанализ.</p> <p>192.Психотерапия: понятие, гипносуггестивная терапия.</p> <p>193.Психотерапия: понятие, поведенческая терапия.</p>	
<p>Задание для показателя оценивания дескриптора «Умеет», «Владеет»</p>	<p>Вид задания</p>

ЗАДАЧА № 1.

Больная С., 30 лет. Поступила в психиатрическую больницу вскоре после родов. Выглядит бледной, истощенной, губы сухие, запекшиеся. Психическое состояние крайне изменчиво. Временами возбуждена, мечется в постели, срывает с себя белье, принимает страстные позы. Выражение лица тревожное, растерянное, внимание фиксируется на случайных предметах. Речь бессвязна: «Вы отняли у меня крошку.. Стыдно... Вы думаете с Ваней жить, а нужно с богом.... Я черт, а не бог... Вы все с ума сойдете... У меня торможение... Аминазин, а потом в магазин...» и т. д. Из отдельных отрывочных высказываний можно понять, что больная слышит голоса родственников, идущие откуда-то снизу, крики и плач детей.. Настроение меняется: от глубоко угнетенного до восторженно-эйфорического. Вместе с тем, легко озлобляется, угрожает выколоть глаза. Состояние возбуждения неожиданно сменяется глубокой прострацией. Больная умолкает, бессильно опускает голову на подушку, с тоской и растерянностью осматривается по сторонам. В это время удается вступить с ней в контакт, получить ответ на простые вопросы. При этом оказывается, что больная не знает, где она находится, не может назвать текущую дату, месяц, путает время года, не может дать почти никаких сведений о себе и о своей семье. При кратковременной беседе быстро истощается и перестает отвечать на вопросы.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 2.

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь...

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 3.

Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели,

взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 4.

Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 5.

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

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 6.

Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит с апломбом, гневлив, бывает агрессивен. Себя

называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 7.

Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выбраться из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 8.

Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей-интернов мужского пола, ложится в кровать, задирает халат, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая... Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 9.

Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В стационаре возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на тему разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется.

- А) установите диагноз
- Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 10.

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

- А) установите диагноз
- Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 11.

Больной обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в нижней части живота. При опросе уточняет, что боли носят неопределенный разлитой характер, с приемом пищи не связаны, после назначенных ему по поводу гастрита препаратов не ослабевают.

В беседе с больным обращает на себя внимание некоторая монотонность его речи, бедная мимика, редкое моргание, вялость движений. На уточняющие вопросы больной ответил, что плохого настроения у него нет, хотя он и огорчен своей болезнью. Однако бывает, что ему ничего не хочется делать и трудно заставить себя работать, но «заставив» себя начать работу он «втягивается» и может довольно продуктивно и продолжительно трудиться. Больной также пожаловался на плохой аппетит, неустойчивый стул – запоры, сменяющиеся поносами, поверхностный сон, исхудание. Склонен объяснять перечисленное «болезнью желудка».

При осмотре отмечается: кожа суховатая, несколько дряблая, живот мягкий, болезненность при пальпации не усиливается, умеренная брадикардия.

- А) установите диагноз
- Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 12.

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной

ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 13.

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова, словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 14.

Больной К., 19 лет. В поведении больного наблюдается чрезмерная подвижность, но движения носят неестественный характер – манерны, вычурны. Отмечается гримасничанье, кривляние. Фон настроения часто повышен. Бывает выраженное речевое возбуждение с нелепыми высказываниями, плоскими шутками, неологизмами, импульсивными выкриками. Периодически больной начинает хохотать, хихикать, поет, приплясывает, притоптывает, передразнивает других, иногда движения напоминают движения животных. Отмечаются отрывочные галлюцинаторные и бредовые переживания. В целом поведение характеризуется своей непродуктивностью и нелепостью.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 15.

Больной К., 23 лет, сельский житель. В течение многих недель почти совершенно неподвижен, лежит в постели согнувшись, колени приведены к животу. Не разговаривает, на вопросы не отвечает. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна. Поднятый с постели стоит неподвижно, опустив голову. Можно придать больному любую позу, которую он затем сохраняет в течение 10-15 минут. Подолгу задерживает кал и мочу. После еды бродит по палатам, с любопытством разглядывает больных. В это время удается вступить с больным в контакт. Он сообщает, что слышит «голоса», идущие от стены, из-под пола, которые запугивают больного, угрожают избить. На стене видятся различные образы людей и тени зверей, от батареи отопления исходят синие лучи, которые действуют на больного, вызывая головную боль. Кажется, что все его мысли известны окружающим, его «на два дня умертвили, а затем воскресили», спрашивает у врача, «есть ли надежда на жизнь». Минут через 40-50 после введения амитал-натрия вновь наступает состояние заторможенности.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 16.

Больной Т., 22 лет, токарь. Поступил в психиатрический стационар в

состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить. В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает себе на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это продельвает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей: врач, поднял руку - и больной поднял, врач хлопнул в ладоши - и больной сделал то же. Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолку говорить, в свою речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих. Вот образец речи больного: «Уберите аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказал, чтобы психов гнать отсюда, бросьте издеваться, я сам вам покажу, хоть вы кривые, а я косой, инъекцию галоперидола закатите на стол (услышал, как врач сказал медсестре, что больному нужно сделать инъекцию галоперидола), я весь тут перемажусь, как свинья» и т. п.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 17.

Больной В., 22 лет, солдат. Психическое заболевание возникло остро. Известно, что больной полтора года назад перенес тяжелую черепно-мозговую травму. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 18.

У самых дверей отделения врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший.

- Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние. Как говорится, не важен метод - важен результат. А вон та нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить, но тут же на лице вновь появляется улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю? - и т. д. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

А) установите диагноз

Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 19.

Больная Р., 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит.... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохраненными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания.

Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

- А) установите диагноз
- Б) назначьте лечение

ЗАДАЧА № 20.

Больной О., 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

- А) установите диагноз
- Б) назначьте лечение