



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Психиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 37.05.01 Клиническая психология
Квалификация	Клинический психолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра психиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Д.И. Шустов	д.м.н., проф.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психиатрии
А.В. Меринов	д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры психиатрии
И.А. Федотов	К.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры психиатрии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Б.Ю. Володин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО
Д.С. Петров	Д.м.н., доц.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО

Одобрено учебно-методической комиссией специальности Клиническая психология
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

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

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

1.Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

1. Осмотр психиатра перед призывом в армию:
строго обязателен
не является обязательной процедурой
только по требованию призывника
только по требованию родственников призывника
2

2. Для обсессивно-фобического расстройства характерны:
параличи
фобии
пароксизмы
бред
2

3. Парейдолии являются разновидностью:
патологии ощущений
сложных галлюцинаций
сложных иллюзий
патологии памяти
3

4. Признаком физической зависимости от алкоголя является:
абстинентный синдром
эйфория
деградация личности
исчезновение рвотного рефлекса
1

5. Нарушения памяти типичны при:
вялотекущей шизофрении
органическом поражении ЦНС
маниакальном эпизоде
специфических расстройствах личности
2

Критерии оценки тестового контроля:

Отлично	86-100% правильных ответов
Хорошо	66-85% правильных ответов
Удовлетворительно	50-65% правильных ответов
Неудовлетворительно	50% и менее правильных ответов

Примеры контрольных вопросов для собеседования и для контрольных работ

1. Абстинентный синдром, варианты исхода.
2. Алкогольный делирий (белая горячка).

3. Амнестический синдром вследствие употребления алкоголя (Корсаковский психоз).
4. Аналитическая психотерапия (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г. Юнг, Э. Берн).
5. Астенический синдром. Клиника. Его особенности при шизофрении.
6. Аутоагрессивное поведение. Виды. Суицидальное поведение.
7. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства (МДП, циклотимия).
8. Виды и сроки принудительного лечения психически больных, совершивших противоправные действия. Порядок принудительной госпитализации.
9. Виды психических расстройств (невротический и психотический уровни, личностные расстройства).
10. Влечения и их патология.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

ЗАДАЧА 1

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

Какой это синдром?

1. Паранойяльный?
2. Синдром Кандинского-Клерамбо?
3. Вербальный галлюциноз?

Ответ: На первый план в картине заболевания у больной С. выступают стойкие слуховые (вербальные) истинные галлюцинации. Характерна однотипность этих галлюцинаций на протяжении многих лет, неприятное, угрожающее содержание галлюцинаторной речи. Первично здесь нарушение восприятия, чувственной сферы. Бредовые идеи преследования выступают как бы “вторично” и вытекают из содержания галлюцинаций. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

ЗАДАЧА 2

Больная М., 22 лет, инвалид 2 группы. В отделении большую часть времени лежит, закрывшись с головой одеялом, что-то шепчет, улыбается. В разговор вступает неохотно. Удастся выяснить, что больная непрерывно слышит “голоса” большой группы людей, которые “прикрепляются” к ее голове с помощью каких-то аппаратов. Людей этих больная никогда не видела, но по их разговорам поняла, что они только и делают, что “занимаются половой жизнью”. Головы этих людей связаны с ее головой, и поэтому она может обмениваться с ними мыслями. Такое состояние больная называет “гипнозом”. Чувствует, как эти люди действуют на ее половые органы, “используют как женщину”, превращают в гермафродита, изменяют ее настроение, извращают вкус и запах пищи, превращают его в запах грязного человеческого тела, могут отнять у больной все мысли - “пустая голова и все”. Уверена, что обладатели “голосов” превратили ее и всех других людей в роботов.

Какой это синдром?

1. Синдром психического автоматизма?
2. Вербальный галлюциноз?

Ответ:

В психопатологии синдрома Кандинского-Клерамбо у описанной больной М. преобладают явления сенестопатического автоматизма. Некие люди, по мнению больной, изменяют ее телесные ощущения: действуют на половые органы, делают неприятные запахи, меняют вкус пищи. Но имеются также и симптомы идеаторного (ассоциативного) автоматизма, такие как симптом отнятия мыслей, ощущение непроизвольного изменения своего настроения, насильственный обмен мыслями с воображаемой группой людей. Все это сочетается с псевдогаллюцинациями, бредом физического и гипнотического воздействия.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 5 семестре - экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

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

Критерии выставления оценок (III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Фонды оценочных средств

**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Психиатрия»**

ОПК-3 - Способен применять надежные и валидные способы количественной и качественной психологической оценки при решении научных, прикладных и экспертных задач, связанных со здоровьем человека, в том числе с учетом принципов персонализированной медицины.

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

82. Общие принципы лечения психических расстройств.
83. Принципы, этапы и методы лечения алкогольной зависимости.
84. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
85. Лечение суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения.
86. Психотерапия в психиатрической клинике. Общие показания и противопоказания. Общие действующие факторы психотерапии.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих психопатологических состояний:

87. Гипносуггестивная психотерапия. Виды. Показания и противопоказания.
88. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания к применению.
89. Психодинамическая психотерапия (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г. Юнг). Показания к применению.
90. Трансакционный анализ Э. Берна и его применение при лечении психических и аддиктивных расстройств.
91. Экзистенциально-гуманистические направления в психотерапии (экзистенциальный анализ В.Франкла, клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса).
92. Реабилитация, реадaptация и ресoциализация психически больных.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

- 1) *Защита истории болезни.*
- 2) *Решение клинических задач*

Необходимо ответить на следующий вопрос в задаче:

Какие методы психотерапии и психо-социальной реабилитации показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Клинический кейс - задача №1

Больная 64 лет в течение года находится в психиатрической больнице. Ранее длительное время злоупотребляла алкоголем, перенесла несколько алкогольных психозов. Был сформировано алкогольный абстинентный синдром, но в последнее время алкоголь не употребляет из-за интолерантности. При беседе оказывается, что она не знает числа, года, месяца. Врач называет ей текущую дату, после 2–3 фраз в разговоре не может эту дату воспроизвести. Уверяет, что врач ей ничего не говорил.

Клинический кейс - задача №2

Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радуется, покупки не доставляют радость». Иногда высказывает суицидальные мысли.

Клинический кейс - задача №3

Больной М., 30 лет, злоупотреблял алкоголем длительное время. Однажды не смог опохмелиться, не спал двое суток. Вечером увидел, что в его комнате за столом сидят незнакомые мужчины и женщины, курят и выпивают, о чем-то говорят. Голоса их слышал, но слов не разобрать. Затем увидел «страшных зверей». Больной возмутился, потребовал у матери гнать гостей, вызвать милицию. Не понимал где он находится, не мог назвать время.

Клинический кейс - задача №4

Больной Ж., 30 лет, слесарь. Заболевание развилось довольно остро. Нарушился сон. Стал тревожным, беспокойным. За стеной слышал «голос» соседа, который рассказывал о нем незнакомым мужчинам, переговаривался с кем-то, обсуждая поведение больного. Внезапно услышал, что его хотят убить. Тщательно закрыл дверь, никого не впускал в квартиру. Испытывал страх. Пустил в квартиру после длительных переговоров жену, которая заверила, что рядом с ней никого нет. В клинике почти постоянно слышит мужские «голоса», раздающиеся из-за стены, из соседней палаты, полагая, что они принадлежат проникшим в отделение преследователям. «Голоса» угрожают ему убийством, сообщают об ожидающем его наказании, обсуждают способы его уничтожения. Не сомневается в реальности «голосов», так как они ничем не отличаются от обычной человеческой речи, пытается с ними спорить.

Клинический кейс - задача №5

Больной А., 40 лет. В прошлом перенес дважды сотрясение головного мозга. Госпитализирован из отделения милиции, куда обращался с тем, что ему постоянно «внушают мысли», «думают за него», «мысленно приказывают выпрыгнуть их окна». Слышит в голове обвиняющего и оскорбляющего характера мужские и женские голоса. «Голоса» усиливаются к вечеру, днем говорят «шепотом».

Клинический кейс - задача №6

Больной 33 лет поступил на судебно-психиатрическую экспертизу после убийства жены. В анамнезе злоупотребление алкоголем, сформирован похмельный синдром. В течение месяца плохо спит, перестал работать. Упрекает жену в неверности, устраивает ей «допросы» в присутствии 10-летнего сына, приводит хронометраж времени, требующегося на поездку с работы до дома, днем звонит на работу, проверяя, там ли жена. Проверяет после прихода ее белье, находит подозрительные пятна. На ночь запирает двери специальным ключом, который хранит у себя, но, тем не менее уверен, что по ночам жена уходит к «любовнику», подобрав ключ. Считает, что она постоянно подает «знаки любовнику».

Клинический кейс - задача №7

Больной 35 лет поступил с жалобами на невозможность продолжать работу в качестве врача. Его постоянно мучают сомнения, правильно ли он выписывает рецепты больным, многократно проверяет дозировки, десятки раз сверяется с рецептурным справочником, но мысль, что он может ошибиться, не покидает его. Понимает нелепость своих сомнений, перепроверок, но не может от них избавиться.

Клинический кейс - задача №8

Больная 52 лет, поступила в психиатрическую больницу с резко сниженным настроением, плаксива, капризна, неопрятна в постели мочой, но уверяет врача, что не мочится около 2 лет, экскременты проваливаются в брюшную полость, минуя кишечник, просит ее убить или дать возможность покончить с собой, так как она и так «полутруп».

Клинический кейс - задача №9

Больная 40 лет, бухгалтер. По характеру мнительная, впечатлительная, капризная. После остро перенесенного заболевания долгое время кашляла, и терапевт предложил обследовать легкие. Долгое время стояла в очереди в рентгеновский кабинет, волновалась, опасалась услышать «худшее». В кабинете подслушала разговор врача с техником «об округлой тени», расплакалась, просила «сказать правду, рак у меня или туберкулез». Вновь обратилась к терапевту, затем к другому, третьему. Настаивала на тщательном обследовании. Показывала анализы крови и мочи разным специалистам. Сравнивала их высказывания, пыталась уличить во лжи. После того как прошел кашель,

пришла к выводу, что у нее рак. Образно представляла, как растет опухоль, распространяется «с легких на живот». Искала все нового подтверждения своей мнимой болезни, требовала соответствующего лечения, не верила в заключения специалистов, вновь и вновь сдавала анализы, сравнивала их, искала подтверждение или «опровержение» в медицинской литературе, в различных источниках

Клинический кейс - задача №10

Больной 51 года. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Настроение резко снижено, выражение лица глубоко печально. Жалуется на не проходящую тоску, отсутствие чувства сна, нежелание разговаривать, что-то делать. С трудом утром поднимается. В вечерние часы настроение несколько лучше, но тоска не проходит. В прошлом в таких состояниях дважды пытался покончить собой.

Клинический кейс - задача №11

Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радуется, покупки не доставляют радость». Иногда высказывает суицидальные мысли.

Клинический кейс - задача №12

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

Клинический кейс - задача №13

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

Клинический кейс - задача №14

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

Клинический кейс - задача №15

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

Клинический кейс - задача №16

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

Клинический кейс - задача №17

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

Клинический кейс - задача №18

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

Клинический кейс - задача №19

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение 2 месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие

койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Но чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице, не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из гостиной, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все вокруг воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требуется, чтобы позвали «полицию», возбуждается, кричит: «Караул!». Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

- Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
- 40 или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!..
- А какой у нас сейчас год?
- Наверное, 1908-й...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я у себя дома

Клинический кейс - задача №20

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

ОПК-5 - Способен разрабатывать и использовать научно обоснованные программы психологического вмешательства и психологической помощи консультационного, развивающего, коррекционного, психотерапевтического, профилактического или реабилитационного характера для решения конкретной проблемы отдельных лиц и групп населения и (или) организаций, в том числе лицам с ОВЗ.

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

Общая психопатология

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

28. Расстройства мышления по содержанию: навязчивые состояния и их разновидности.
29. Расстройства мышления по содержанию: сверхценные идеи. Их отличия от бредовых и навязчивых идей.
30. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
31. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.
32. Память и её нарушения.
33. Эмоции. Их классификация. Патология эмоций.
34. Волевая деятельность в норме. Влечения и их патология.
35. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения и ступора.
36. Внимание и его нарушения.
37. Сознание в норме. Синдромы исключения сознания.
38. Синдромы помрачения сознания.
39. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность. Его особенности при шизофрении.
40. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
41. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
42. Кататонический и гебефренический синдромы. Клиника, нозоспецифичность.
43. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
44. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
45. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность.
46. Синдром прогрессирующей амнезии.
47. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
48. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
49. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.
50. Объективные признаки наличия патологии психической деятельности.
51. Позитивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое значение.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задания на установление правильной последовательности, взаимосвязанности действий, выяснения влияния различных факторов при развитии следующих психопатологических состояний:

Частная психиатрия

52. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.
53. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.
54. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.
55. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.
56. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.
57. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.
58. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

59. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
60. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
61. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).
62. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.
63. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.
64. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.
65. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
66. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов. Лечение.
67. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
68. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
69. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
70. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
71. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
72. Шизофрения: типы течения, прогноз, исходные состояния. Фебрильная шизофрения.
73. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы).
74. Биполярное аффективное и рекуррентное депрессивное расстройства.
75. Аффективные расстройства: шизоаффективное расстройство, послеродовая депрессия.
76. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение.
77. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
78. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, лечение.
79. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
80. Специфические расстройства личности. Классификация, клиника, подходы к лечению.
81. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

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

Необходимо ответить на следующий вопрос в задаче:

Опишите имеющиеся психопатологические симптомы и синдромы. Поставьте нозологический диагноз

Клинический кейс - задача №1

Больная 64 лет в течение года находится в психиатрической больнице. Ранее длительное время злоупотребляла алкоголем, перенесла несколько алкогольных психозов. Был

сформировано алкогольный абстинентный синдром, но в последнее время алкоголь не употребляет из-за интолерантности. При беседе оказывается, что она не знает числа, года, месяца. Врач называет ей текущую дату, после 2–3 фраз в разговоре не может эту дату воспроизвести. Уверяет, что врач ей ничего не говорил.

Клинический кейс - задача №2

Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радует, покупки не доставляют радость». Иногда высказывает суицидальные мысли.

Клинический кейс - задача №3

Больной М., 30 лет, злоупотреблял алкоголем длительное время. Однажды не смог опохмелиться, не спал двое суток. Вечером увидел, что в его комнате за столом сидят незнакомые мужчины и женщины, курят и выпивают, о чем-то говорят. Голоса их слышал, но слов не разобрать. Затем увидел «страшных зверей». Больной возмутился, потребовал у матери гнать гостей, вызвать милицию. Не понимал где он находится, не мог назвать время.

Клинический кейс - задача №4

Больной Ж., 30 лет, слесарь. Заболевание развилось довольно остро. Нарушился сон. Стал тревожным, беспокойным. За стеной услышал «голос» соседа, который рассказывал о нем незнакомым мужчинам, переговаривался с кем-то, обсуждая поведение больного. Внезапно услышал, что его хотят убить. Тщательно закрыл дверь, никого не впускал в квартиру. Испытывал страх. Пустил в квартиру после длительных переговоров жену, которая заверила, что рядом с ней никого нет. В клинике почти постоянно слышит мужские «голоса», раздающиеся из-за стены, из соседней палаты, полагая, что они принадлежат проникшим в отделение преследователям. «Голоса» угрожают ему убийством, сообщают об ожидающем его наказании, обсуждают способы его уничтожения. Не сомневается в реальности «голосов», так как они ничем не отличаются от обычной человеческой речи, пытается с ними спорить.

Клинический кейс - задача №5

Больной А., 40 лет. В прошлом перенес дважды сотрясение головного мозга. Госпитализирован из отделения милиции, куда обращался с тем, что ему постоянно «внушают мысли», «думают за него», «мысленно приказывают выпрыгнуть их окна». Слышит в голове обвиняющего и оскорбляющего характера мужские и женские голоса. «Голоса» усиливаются к вечеру, днем говорят «шепотом».

Клинический кейс - задача №6

Больной 33 лет поступил на судебно-психиатрическую экспертизу после убийства жены. В анамнезе злоупотребление алкоголем, сформирован похмельный синдром. В течение месяца плохо спит, перестал работать. Упрекает жену в неверности, устраивает ей «допросы» в присутствии 10-летнего сына, приводит хронометраж времени, требующегося на поездку с работы до дома, днем звонит на работу, проверяя, там ли жена. Проверяет после прихода ее белье, находит подозрительные пятна. На ночь запирает двери специальным ключом, который хранит у себя, но, тем не менее уверен, что по ночам жена уходит к «любовнику», подобрав ключ. Считает, что она постоянно подает «знаки любовнику».

Клинический кейс - задача №7

Больной 35 лет поступил с жалобами на невозможность продолжать работу в качестве врача. Его постоянно мучают сомнения, правильно ли он выписывает рецепты больным, многократно проверяет дозировки, десятки раз сверяется с рецептурным справочником, но мысль, что он может ошибиться, не покидает его. Понимает нелепость своих сомнений, перепроверок, но не может от них избавиться.

Клинический кейс - задача №8

Больная 52 лет, поступила в психиатрическую больницу с резко сниженным настроением, плаксива, капризна, неопрятна в постели мочой, но уверяет врача, что не мочится около 2 лет, экскременты проваливаются в брюшную полость, минуя кишечник, просит ее убить или дать возможность покончить с собой, так как она и так «полутруп».

Клинический кейс - задача №9

Больная 40 лет, бухгалтер. По характеру мнительная, впечатлительная, капризная. После остро перенесенного заболевания долгое время кашляла, и терапевт предложил обследовать легкие. Долгое время стояла в очереди в рентгеновский кабинет, волновалась, опасалась услышать «худшее». В кабинете подслушала разговор врача с техником «об округлой тени», расплакалась, просила «сказать правду, рак у меня или туберкулез». Вновь обратилась к терапевту, затем к другому, третьему. Настаивала на тщательном обследовании. Показывала анализы крови и мочи разным специалистам. Сравнивала их высказывания, пыталась уличить во лжи. После того как прошел кашель, пришла к выводу, что у нее рак. Образно представляла, как растет опухоль, распространяется «с легких на живот». Искала все нового подтверждения своей мнимой болезни, требовала соответствующего лечения, не верила в заключения специалистов, вновь и вновь сдавала анализы, сравнивала их, искала подтверждение или «опровержение» в медицинской литературе, в различных источниках

Клинический кейс - задача №10

Больной 51 года. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Настроение резко снижено, выражение лица глубоко печально. Жалуется на не проходящую тоску, отсутствие чувства сна, нежелание разговаривать, что-то делать. С трудом утром поднимается. В вечерние часы настроение несколько лучше, но тоска не проходит. В прошлом в таких состояниях дважды пытался покончить с собой.

Клинический кейс - задача №11

Больная М., 32 года. По характеру самолюбивая, властная, самоуверенная. Обратилась в клинику с жалобами на потерю аппетита, плохой сон, раздражительность, пониженное настроение. Рассказала, что в последнее время появилось чувство полнейшего безразличия к себе, ко всем окружающим и даже к самым близким, стала как деревянная, тупая, «умом понимаю, что люблю детей, что им нужна моя ласка, а чувств нет», «мир воспринимается тускло, солнце не радуется, покупки не доставляют радость». Иногда высказывает суицидальные мысли.

Клинический кейс - задача №12

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

Клинический кейс - задача №13

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

Клинический кейс - задача №14

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

Клинический кейс - задача №15

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

Клинический кейс - задача №16

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

Клинический кейс - задача №17

Больной М., 20 лет. Приведен в клинику матерью. Она рассказала, что ее сын после окончания 10 классов учиться дальше не стал, на работу не пошел. В течение года целыми днями занимается изобретением вечного двигателя. Днем и ночью запирается в

своей комнате, что-то пишет, чертит. Если уходит из дому, то написанное тщательно прячет. Требуется, чтобы мать давала ему деньги на построение модели вечного двигателя. Наташил в дом массу металлолома; приводит случайных знакомых, которые обещают помочь построить вечный двигатель, отдает им деньги. После очередной неудачи вновь требует денег на новую модель. В клинике врачу рассказал, что построил вечный двигатель. Чертит принципиальные «схемы на основе рычага», приводит элементарные законы физики и математики для обоснования своих схем. Возражений не приемлет, обижается, вновь чертит и доказывает «по-новому».

Клинический кейс - задача №18

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

Клинический кейс - задача №19

Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение 2 месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Но чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице, не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из гостиной, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все вокруг воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требуется, чтобы позвали «полицию», возбуждается, кричит: «Караул!». Однажды больному был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

- Иван Тимофеевич, сколько Вам лет?
- 40 или, может быть, 30.
- Так Вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!..
- А какой у нас сейчас год?
- Наверное, 1908-й...
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь?
- Я у себя дома

Клинический кейс - задача №20

Больная 33 лет, второй раз находится в психиатрической больнице с одинаковым состоянием. Настроение резко снижено, выражение лица тоскливое. Кожа сухая, выглядит старше своих лет. На вопросы отвечает односложно, с большой задержкой, говорит, что не хочет жить. В отделении ничем не занята — «не могу». В прошлом были

эпизоды «необычного подъема», когда была гиперактивна, могла спать по 2 часа в сутки и не чувствовать усталости.