

**НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»**

Одобрено
На заседании Учёного совета «ДМСИ»,
Протокол № 12 от 24 июня 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ
Ректор НОУ ВО «ДМСИ»
профессор М.М.Расулов

« » 20 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ**

Специальность	31.05.03 Стоматология
Направленность(специализация)	Стоматология
Форма обучения	очная
Трудоемкость	2 з.е.
Разработано для обучающихся	по специальности 31.05.03

Махачкала

Фонд оценочных средств по учебной дисциплине одобрен на заседании кафедры профессиональных и стоматологических дисциплин «10» июня 2024 г. Протокол № 5.

Фонд оценочных средств актуализируется (обновляется) ежегодно.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СО-
ОТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ
ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ**

Индикаторы компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
	Знать	Уметь	Владеть
ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.			
ИД-1 ОПК-1.1 Соблюдает моральные нормы, этические и деонтологические принципы поведения в профессиональной деятельности.	Моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы профессиональной деятельности	Реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	Навыками реализации моральных и правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач			
ИД-2 ОПК-5.2 Применяет методы диагностики, в том числе с применением инструментальных методов, при проведении обследования пациента с целью установления диагноза.	основные методы диагностики в психиатрии и наркологии, основные симптомы и синдромы психических расстройств	оценить значение результатов обследования психиатрического пациента	навыками оценки результатов обследования психиатрического пациента
ИД-3 ОПК-5.3 Осуществляет верификацию диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей специалистов.	показания к направлению пациента на консультацию к психиатру или наркологу	выявить показания для направления пациента на консультацию к психиатру или наркологу	навыками направления пациента на консультацию к наркологу или психиатру

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО РАЗДЕЛАМ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код формируемой компетенции
1. Теоретические и организационные основы психиатрии	ИД-1 ОПК-1.1 ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3
2. Общая психопатология	ИД-1 ОПК-1.1 ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3
3. Частная психиатрия	ИД-1 ОПК-1.1 ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3
4. Частная наркология	ИД-1 ОПК-1.1 ИД-2 ОПК-5.2 ИД-3 ОПК-5.3

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов на практических занятиях, написания рефератов, выполнения практических заданий.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень
Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

Оценочные материалы для проведения текущего контроля

Вопросы для устного опроса на практических занятиях

Раздел 1. Теоретические и организационные основы психиатрии

1. Основные этапы развития и основное направление в психиатрии.
2. Организация психиатрической помощи.
3. Психиатрический стационар.
4. Амбулаторная психиатрическая помощь.
5. Вопросы трудовой, судебной и военной экспертизы.
6. Психогигиена и психопрофилактика, деонтология и медицинская этика.
7. Понятие здоровья и нормы в психиатрии.

Раздел 2. Общая психопатология

1. Общие положения семиотики и психических расстройств.
2. Практические методы в психиатрии.
3. Расстройства ощущений и восприятия.
4. Расстройство сенсорного синтеза.
5. Мышление и его расстройства.
6. Расстройства внимания, памяти и интеллекта.
7. Аффективные и волевые расстройства.
8. Двигательные расстройства.
9. Синдромы расстроенного сознания и пароксизмальные явления.
10. Нарушение физиологических функций и соматические расстройства как проявления психических заболеваний.
11. Методы терапии в психиатрии.

Раздел 3. Частная психиатрия

1. Классификация психических расстройств.
2. Органические, экзогенные и соматогенные расстройства.
3. Психические расстройства при эпилепсии.
4. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления психоактивных веществ.
5. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
6. Расстройства личности.
7. Умственная отсталость.
8. Шизофрения и другие бредовые психозы.
9. Аффективные расстройства.

Раздел 4. Частная наркология

1. Психические расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.
2. Расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решением задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены;

	- анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	выставляется обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленные вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов

1. Предмет психиатрии. Организация психиатрической службы и социально-правовые вопросы психиатрии.
2. Психология и патология ощущений, восприятий, представлений и мышления.
3. Психология и патология памяти, интеллекта.
4. Психология и патология эмоций. Патология сознания.
5. Расстройства личности (психопатии).
6. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.
7. Эпилепсия.
8. Биопсихосоциальная модель шизофрении.
9. Депрессия и коморбидные расстройства
10. Терапия эндогенных психозов.
11. Современная терапия при зависимости от психоактивных веществ

Критерии оценивания выполнения реферата

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;

Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества существенных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовлетворительно	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; отсутствие умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.

Типовые тесты по дисциплине

1. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте
 - а) подростковом
 - б) зрелом
 - в) старческом
 - г) одинаково во всех возрастных группах
2. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме
 - а) неврозоподобных расстройств
 - б) бредовых расстройств
 - в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
 - г) судорожного синдрома
 - д) верно а) и г)
3. Характерным для изменений личности (негативных расстройств при шизофрении является все перечисленное, кроме
 - а) снижения энергетического потенциала
 - б) эмоционального обеднения
 - в) нарастающей интравертированности
 - г) утраты единства психических процессов
 - д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
4. Для мышления больных шизофренией характерно
 - а) замедление ассоциативного процесса
 - б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 - в) обстоятельность
 - г) ускорение ассоциативного процесса
 - д) все перечисленное
5. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно
 - а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
 - б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
 - в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
6. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме
 - а) параноидной
 - б) вялотекущей
 - в) кататонической
 - г) приступообразно-прогредиентной
 - д) рекуррентной
7. При параноидной шизофрении возможно выделение следующих вариантов
 - а) галлюцинаторного
 - б) бредового
 - в) гебефренического
 - г) кататонического

д) верно, а) и б)

8. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме

- а) острого паранойяльного
- б) острого галлюциноза
- в) острого параноидного
- г) острого парафренного
- д) острого кататонического

9. Острый параноидный приступ параноидного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется

- а) развертыванием на фоне интерпретативного бреда психических автоматизмов
- б) аффективными расстройствами
- в) возможностью развития псевдогаллюцинаций и псевдогаллюцинаторного бреда
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

10. Реабилитационные мероприятия при параноидной шизофрении включают все перечисленное, кроме

- а) преодоления явлений "госпитализма"
- б) внутри отделенческой трудовой терапии
- в) музыкотерапии, элементов психодрамы Морено
- г) работы в лечебных мастерских
- д) системы поэтапной трудовой реабилитации с конечной целью трудоустройства

больных на обычные предприятия

11. Перевод на инвалидность больных приступообразно-прогредиентной шизофренией производится

а) при выявлении неблагоприятного трудового прогноза на ближайший период времени

- б) при невозможности возврата на прежнее место работы
- в) при отчетливом риске обострения состояния из-за трудностей реадaptации
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

12. При параноидной шизофрении

- а) трудоспособность снижается по мере течения заболевания
- б) возможно установление третьей группы инвалидности на начальных этапах или поздних этапах при стабилизации процесса

в) устанавливается вторая группа инвалидности при стойких параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояниях

- г) верно все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

13. Признание больных невменяемыми возможно

- а) при шизофрении в форме психоза или с выраженными изменениями личности
- б) при стойке ремиссии после психотического приступа без выраженных личностных изменений

- в) в доманифестный период болезни в случае наличия форпост-симптомов
- г) только в случаях злокачественной шизофрении
- д) при всем перечисленном

14. Признание больных шизофренией вменяемыми возможно

- а) при многолетнем характере ремиссии
- б) при отсутствии выраженных изменений личности
- в) при полной трудовой адаптации
- г) при всем перечисленном

- д) ни при чем из перечисленного
15. Судебно-психиатрическая оценка дееспособности больных шизофренией в связи с совершением тех или иных юридических актов основана на всем перечисленном, кроме
- а) определения психического состояния в момент совершения акта (психоз, грубые изменения личности)
 - б) факта имевшихся в прошлом психотических состояний
 - в) трудовой адаптации больных
 - г) социальной адаптации больных
 - д) частоты и характера приступов в течение болезни

Критерии оценивания образовательных достижений для тестовых заданий

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных ответов	материал освоен не полностью, имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

Вопросы для подготовки к зачету

1. Организация психиатрической службы в РФ. Основания для госпитализации в психиатрический стационар.
2. Основные этапы развития мировой и отечественной психиатрии. Значение работ С.С. Корсакова в психиатрии.
3. Понятия дееспособности, недееспособности.
4. Патология ощущений и восприятия.
5. Иллюзии и галлюцинации, их классификация.
7. Количественные нарушения мышления.
8. Виды патологического мышления. Бредовые идеи, определение, классификация.
9. Патология эмоций.
10. Основные синдромы расстройства эмоций.
11. Депрессивный синдром. Клиническая картина. Особенности наблюдения и ухода за депрессивными больными.
12. Маниакальный синдром. Клиническая характеристика.
13. Расстройства памяти. Корсаковский синдром.
14. Интеллект и его нарушения. Характеристика врожденного и приобретенного слабоумия.
15. Понятия умственной отсталости и деменции, их различия.
16. Нарушения волевой деятельности. Апатобулический синдром.
17. Кататонический синдром.
18. Астенический синдром.
19. Основные и дополнительные симптомы при шизофрении. Шизофрения в детском возрасте.
20. Типы течения шизофрении. Зависимость между типом течения и клинической формой.
21. Параноидная форма шизофрении, клиника, варианты течения.
22. Кататоническая форма шизофрении: клиника, варианты течения.
23. Простая форма шизофрении, клиника, типы течения.
24. Гебефреническая форма шизофрении: клиника, течение.

25. Лечение кататонической формы шизофрении. Значение мажептила.
26. Лечение параноидной формы шизофрении.
27. Лечение простой формы шизофрении.
28. Лечение гебефренической формы шизофрении.
29. Психические расстройства при эпилепсии (пароксизмы, их эквиваленты, изменения личности).
30. Симптоматическая эпилепсия, принципы лечения.
31. Лечение эпилепсии, основные противосудорожные средства.
32. Дифференциальный диагноз эпилептических и истерических припадков.
33. Клиника специфических форм умственной отсталости: болезнь Дауна, кретинизм, фенилкетонурия.
34. Реактивный параноид. Клиника, течение, лечение.
35. Невротические расстройства. Причины возникновения, клинические формы. Особенности проявления у детей.
36. Истерия. Клиника психотических и невротических истерических расстройств.
37. Принципы лечения невротических расстройств.
38. Психотерапия в лечении невротических расстройств. Основные виды психотерапевтических методик.
39. Расстройства личности (психопатии). Определение, причины формирования, клинические проявления.
40. Расстройства личности (психопатии). Основные клинические формы.
41. Хронический алкоголизм, клиника, лечение, профилактика. Причины злокачественного течения раннего алкоголизма.
42. Алкогольный делирий. Патогенез, клиника, терапия
43. Основные виды наркомании. Клиника абстинентного синдрома при различных наркоманиях.
44. Токсикомании, основные виды. Клиника, течение, принципы лечения.
45. Лечебные мероприятия при острых психотических состояниях с психомоторным возбуждением.
46. Значение дезинтоксикации и дегидратации в лечении психозов, применяемые средства.
47. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами.
48. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи.
49. Основания для госпитализации в психиатрический стационар.
50. Права лиц, страдающих психическими расстройствами.

Критерии оценивания на зачете

Шкала оценивания	Показатели
Зачтено	Достаточный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе используется научная терминология. Стилистическое и логическое изложение ответа на вопрос правильное Умеет делать выводы без существенных ошибок Владеет инструментарием изучаемой дисциплины, умеет его использовать в решении стандартных (типовых) задач. Ориентируется в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Активен на практических (лабораторных) занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

Не зачтено	Не достаточно полный объем знаний в рамках изучения дисциплины В ответе не используется научная терминология. Изложение ответа на вопрос с существенными стилистическими и логическими ошибками. Не умеет делать выводы по результатам изучения дисциплины Слабое владение инструментарием изучаемой дисциплины, не компетентность в решении стандартных (типовых) задач. Не умеет ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине. Пассивность на практических (лабораторных) занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий. Не сформированы компетенции, умения и навыки. Отказ от ответа или отсутствие ответа.
------------	--

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

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 «врабатывается», 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.

ОТВЕТ

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности, сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астеноипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

ЗАДАЧА 2

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 «намеки», 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.

Что это такое?

ОТВЕТ

На первый план в картине заболевания выступает бред - ложное истолкование больным окружающей ситуации и своего отношения к ней. Этот бред наполнен чувством страха, тревоги, растерянности. Он не складывается в систему, и больной не делает попыток связного обоснования своих опасений. Бредовые идеи конкретны, но непоследовательны, разнообразны по содержанию. Имеются бредовые идеи преследования (следят из окна другого дома, угрожают), значения (больной видит особый смысл в поведении врача, в рисунке на стене и пр.) интерметаморфозы (ложные узнавания, все кажется подстроенным, больные и врач принимаются за артистов); Ложные восприятия проявляются в виде истинных слуховых галлюцинаций и вербальных иллюзий - также отрывочных и фрагментарных.

Это острый галлюцинаторно-параноидный синдром.

ЗАДАЧА 3

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

Какой это синдром?

ОТВЕТ

На первый план в картине заболевания у больной 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 галлюцинации. Подобная картина заболевания характерна для длительно протекающего, хронического вербального галлюциноза.

ЗАДАЧА 4

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 хала, 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. Всеравно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

Что это за психопатологический синдром?

ОТВЕТ

Картина психических расстройств у больной довольно многообразна. Отмечается безразличное отношение к родителям, к создавшейся ситуации, к перспективам на будущее, гиперсексуальность, злобность, недоступность больной контакту. Однако на первый план все же выступает дурашливость. Больная гримасничает, нелепо смеется. В смехе девочки, в ее одиноких танцах нет веселости, заразительности. Мимика не соответствует характеру эмоций (парамимия). Особенно важно выделить в картине заболевания черты дурашливости, так как они сигнализируют о чрезвычайной злокачественности течения болезни.

Это гебефренический синдром.

ЗАДАЧА 5

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-получапки, 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.

Что это такое?

ОТВЕТ

У больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий отесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования, страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетко, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время.

В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Не упоминается также наступила ли у больного амнезия всего пережитого в период болезни.

ЗАДАЧА 6

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...

О каком варианте депрессии идет речь?

ОТВЕТ

Депрессия у больной сочетается с чувством чрезвычайной тревожности. Тревога по своим проявлениям близка к чувству страха, но отличается от последнего отсутствием определенного объекта, на который она была бы направлена. Тревога заключается в постоянном ожидании какой-то непоправимой беды, катастрофы. В это тревожное чувство больная пытается вложить то или иное содержание, предполагая, что несчастье может случиться с близкими ей людьми, с ней самой. Тревога выражается не только в высказываниях, но, прежде всего, в мимике, в поведении больных. Тревожные больные редко бывают заторможены. Чаще они постоянно в движении, ходят взад и вперед по палате, перебирают руками предметы. Для данной больной характерно именно такое поведение.

Это тревожная депрессия.

ЗАДАЧА 7

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.

Что это такое?

ОТВЕТ

В данном случае мысли больного о каком-то тяжком заболевании, неоправданная тревога за своё здоровье сочетаются с многочисленными тягостными телесными ощущениями. Ложные соматические ощущения (сенестопатии) нелегко бывает отличить от действительных проявлений нераспознанного соматического заболевания. Отрицательные данные исследования внутренних органов, конечно, должны учитываться. Однако этого бывает недостаточно. Каждому врачу-психиатру известно немало случаев, когда, у больного с «сенестопатически-ипохондрическим синдромом» при более тщательном и квалифицированном соматическом обследовании удавалось установить наличие ранее нераспознанного заболевания внутренних органов (хронический панкреатит, кистозное перерождение почки и т. п.), являющегося источником этих ощущений. Поэтому особое внимание нужно обратить на своеобразный характер сенестопатических ощущений. Они, во-первых, характеризуются тягостностью («Это не боль, но хуже боли» - говорит о них больной). Во-вторых, они нечетко локализованы. В-третьих, своеобразие характера переживаний заставляет больного при их описа-

нии прибегать к образным сравнениям («Роскошь образных сравнений»). Так данный больной сравнивает свои ощущения с прохождением по телу иголок, в голове «перчит» и т. п.

Это ипохондрический синдром.

Критерии оценивания решения ситуационной задачи:

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения ситуационной задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное решение ситуационной задачи.
	«4» (хорошо) – в целом ситуационная задача решена, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при решении ситуационной задачи.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, ситуационная задача не решена или решена не верно.