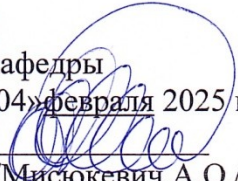


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2025 17:24:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра многопрофильной клинической подготовки

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «04» февраля 2025 г. №6
Зав. кафедрой 
/Мисюкевич А.О./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Психиатрия, медицинская психиатрия

Специальность 31.05.02 – Педиатрия

Москва
2025

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-1. Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-2. Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

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

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает понимание основных технических характеристик медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи. Умеет проводить обследование детей и подростков с целью установления диагноза	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях	Знает понимание основных технических	Устный опрос,	Шкала оценивания устного

		2.Самостоятельная работа	<p>характеристик медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи.</p> <p>Умеет проводить обследование детей и подростков с целью установления диагноза</p> <p>Владет навыками инструментального обследования, эксплуатации медицинских изделий и устройств, предназначенных для диагностики и оказания медицинской помощи.</p>	реферат	опроса Шкала оценивания реферата
ОПК-7	Пороговый	<p>1. Работа на учебных занятиях</p> <p>2.Самостоятельная работа</p>	<p>Знает методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях</p> <p>Умеет использовать современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности</p>	Устный опрос, реферат	<p>Шкала оценивания устного опроса</p> <p>Шкала оценивания реферата</p>
	Продвинутый	<p>1. Работа на учебных занятиях</p> <p>2.Самостоятельная</p>	<p>Знает методы применения лекарственных препаратов, медицинских</p>	Устный опрос, реферат	Шкала оценивания устного опроса

		ая работа	изделий и лечебного питания при различных заболеваниях и состояниях Умеет использовать современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности Владеет контролем эффективности и безопасности лечения		Шкала оценивания реферата
ДПК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает сбор жалоб, анамнеза жизни ребенка; проводит полное физикальное обследование; формирует предварительный диагноз и составляет план Умеет оценивать состояние и самочувствие ребенка; проводит дифференцированную диагностику с другими болезнями	Устный опрос, реферат, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата Шкала оценивания практической подготовки
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает сбор жалоб, анамнеза жизни ребенка; проводит полное физикальное обследование; формирует предварительный диагноз и составляет план Умеет оценивать состояние и самочувствие ребенка; проводит дифференцированную диагностику с	Устный опрос, реферат, практическая подготовка	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата Шкала оценивания практической подготовки

			<p>другими болезнями</p> <p>Владеет медицинскими изделиями; обосновывает необходимость направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>		
ДПК-2	Пороговый	<p>1. Работа на учебных занятиях</p> <p>2. Самостоятельная работа</p>	<p>Знает как составлять план лечения заболевания детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов</p> <p>Умеет аргументировано назначает лечение и контролирует его эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных</p>	Устный опрос, реферат	<p>Шкала оценивания устного опроса</p> <p>Шкала оценивания реферата</p>

			методов лечения		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	<p>Знает как составлять план лечения заболевания детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов</p> <p>Умеет аргументировано назначает лечение и контролирует его эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>Владет навыками организации персонального лечения пациента; оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками</p>	Устный опрос, реферат, практическая подготовка	<p>Шкала оценивания устного опроса</p> <p>Шкала оценивания реферата</p> <p>Шкала оценивания практической подготовки</p>

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
----------------------------	--------------

Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	25
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	10
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	2
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	5
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	2
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Предмет и задачи психиатрии.
2. История развития психиатрии и современное ее состояние.
3. Место психиатрии среди других медицинских дисциплин.
4. Психическая заболеваемость и распространенность психических расстройств.
5. Характеристика психических нарушений (симптом, синдром, болезнь).
6. Принципы классификации психических заболеваний.
7. Расстройства ощущений и восприятия.
8. Расстройства мышления.
9. Патология сознания.
10. Патология эмоций
11. Расстройства памяти, интеллекта, влечений и внимания.
12. Хронический алкоголизм.
13. Алкогольные психозы.
14. Эпилепсия.
15. Симптоматические психозы (травматические, сифилитические, при нейроинфекциях, опухолях головного мозга).
16. МДП. Аффективные психозы.
17. Неврозы.
18. Реактивные психозы.
19. Психопатии.
20. Олигофрении.
21. Сенильные и пресенильные психозы.
22. Расстройства настроения (аффективные расстройства).

23. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза.
24. Клинические разновидности, формы течения.
25. Шизофрения. Принципы нейролептической, биологической терапии и других форм лечения. Исходы и критерии прогноза. Понятие о реадaptации и реабилитации.
26. Сравнительный анализ отечественной классификации психических расстройств и международной классификации психических болезней
27. Эпилептические психозы, социально опасное поведение пациентов, лечение.
28. Алкогольная зависимость, основные синдромы, течение прогноз. Основные принципы лечения зависимостей.
29. Определение шизофрении, негативные и продуктивные расстройства. Шоковые методы терапии.
30. Особенности бредовых аффективных психозов, возникающих в пожилом возрасте.
31. Классификация аффективных расстройств.
32. Особенности психических расстройств в детском возрасте.
33. Ургентные состояния в психиатрии Суицидальное поведение при психических расстройствах.
34. Клинические проявления: пароксизмы (припадки, расстройства сознания, расстройства настроения, психосенсорные расстройства).
35. Острые и хронические эпилептические психоз.
36. Купирование алкогольного абстинентного синдрома
37. Купирование опийного абстинентного синдрома
38. Новые виды химических зависимостей (спайсы)
39. Не химические зависимости (гемблинг, интернет-аддикция, трудовоголизм, шопоголизм)
40. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников
41. Детский аутизм и Синдром Аспергера.
42. Синдром дефицита внимания и гиперактивности.
43. Неотложная помощь при психомоторном возбуждении (острые галлюцинаторные и бредовые состояния, расстройства сознания кататонический синдроме).
49. Наркомании. Этиологии, патогенез.
50. Астенический синдром.
51. Паранойяльный и параноидный синдромы, дифференциальная диагностика.
52. Синдром Кандинского - Клерамбо.
53. Делириозный синдром.
54. Деперсонализационно-дереализационный синдром.
55. Онейроидный синдром.
56. Аментивный синдром.
57. Кататонический синдром.
58. Маниакальный синдром.
59. Сумеречные расстройства сознания.
60. Ипохондрический синдром. Понятие бредовой, сверхценной и обсессивной формы ипохондрии.
61. Синдром дисморфомании (дисморфофобии).
62. Гебефренический синдром.
63. Депрессивный синдром. Разновидности депрессивного синдрома.
64. Парафренный синдром.
65. Неэстетичное поведение.

ЗАДАНИЕ НА ПРАКТИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВКУ

1. Участие в оказании медицинской помощи при эпилептическом синдроме Оказание помощи при эпилепсии на догоспитальном этапе

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1. Больная, 28 лет.

Находится на лечении в инфекционном отделении с жалобами на повышение температуры до 38-39° С, которое длится более 2-х недель, разбитость, слабость. К вечеру на 6 день пребывания в отделении больная стала неадекватной, бестолковой, плохо понимала задаваемые ей вопросы, не могла найти свою постель, перестала узнавать соседей по палате.

Ближе к ночи стала разговаривать с мнимым собеседником, которого называла «мама». Был вызван психиатр, который назначил сибазон 4,0 в/м. После инъекции больная уснула. Утром плохо помнила, что с ней происходило накануне вечером и ночью. Весь день провела в дремотном состоянии с пониженными реакциями на окружающее. К вечеру состояние больной вновь изменилось: разговаривала с невидимым собеседником, разыскивала кого-то под кроватью, называя собачьей кличкой «Тузик». Вновь был вызван психиатр, который выявил у больной нарушения ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке при полной сохранности ориентировки в собственной личности и сделал следующие назначения: аминазин 2,0 в/м, сибазон 2,0 в/м. Больная вновь уснула. В психотическом состоянии находилась 3 дня. На четвертый день проснулась с полной ориентировкой, но испытывала вялость, слабость, быструю утомляемость, потливость, нарушения памяти, которые в основном касались фиксации новой информации.

Информация больной о своих переживаниях после выхода из болезненного состояния.

Рассказала, что слышала «голос» своей матери, которая «звала» ее и «давала» разные бытовые советы. Голос доносился из различных помещений отделения. Она реагировала на него как на голос реального собеседника и удивлялась, почему другие люди его не слышат. Затем стала «видеть» свою собаку (собаку зовут Тузик), которая «находилась» в комнате и «пряталась» под кроватью. В это время считала, что находится у себя в квартире, в своей комнате. Свои переживания больная хорошо помнит, но говорит, что не понимала, почему в ее доме было так много людей в белых халатах.

Вопросы:

1. Какие психопатологические синдромы можно выявить у данной пациентки?
2. Назовите фамилию психиатра, который впервые описал возможность подобной смены психопатологических синдромов.
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 2. Больной, 43 лет.

Находится в палате интенсивной терапии наркологического отделения.

На вопрос врача о том, как его зовут, отвечает – «Виктор Иванович Т.», где находится – «в наркологическом отделении», текущее число, месяц и год – называет правильно.

Рассказал, что «самостоятельно пришел» в наркологическое отделение, так как он «очень боялся за свою жизнь». Вчера вечером, после продолжительного запоя, в своем доме за стеной (живет в частном доме на 2-х хозяев) «услышал» много «голосов военных», которые приехали, чтобы его «расстрелять». Долго прислушивался к ним и, наконец, понял, что расстреливать его будут за то, что регулярно покупает «самогон, а не водку, подрывая экономику государства». Затем голоса стали доноситься из окон.

Он догадался, что «военные занимают позиции, для того, чтобы открыть огонь». Заметался по комнате, ища укрытия. Спрятался под кроватью, накрылся с головой одеялом и подушкой. Голоса исчезли, но страх остался. Стоило только ему приподнять подушку как услышал, что его будут «расстреливать из танков». Услышал «переговоры», которые вели военные по рации, говоря, что «трех танков будет достаточно». Через небольшой промежуток времени больной «услышал рев танковых двигателей». «Понял», что его сейчас «действительно убьют» и бросился из дома. Бежал по середине улицы,

вокруг были машины, трамваи, люди. Когда двигался по мосту над рекой, голоса стали говорить, что «сейчас его утопят». Был остановлен сотрудниками милиции и доставлен в наркологическую больницу.

Вопросы:

1. Ведущий психопатологический синдром у данного больного?
2. Уточните его этиологию, проведите дифференциальный диагноз со сходными состояниями.
3. Ваша схема лечения пациента.

№ 3. Больной, 33 лет.

Доставлен в наркологическое отделение бригадой скорой помощи. О себе рассказал следующее: выпивать начал сразу же после службы в армии (20 лет), всегда в различных компаниях, с друзьями. Выпивки поднимали настроение, становилось веселее, «раскрепощался». Пили то, на что хватало денег, но в основном водку. Для достижения «хорошего самочувствия» больному требовалось не более 300 гр. водки. Утром чувствовал себя всегда хорошо, редко побаливала голова. Через несколько лет сформировалась «своя компания», в которой стал проводить все свободное время. Начали выпивать «просто так, от нечего делать». На выпивку стало уходить больше денег. Чтобы достичь состояния опьянения уже нужно было выпить 0,5 литра водки, а то и больше. Появилась какая-то «ненасытность» в отношении спиртного. Перестал покидать застолье, если оставалось хоть немного спиртного. По утрам было так плохо, что прогуливал работу. Дома начались скандалы. Жена подала на развод. Стал выпивать больше и чаще. «Привычной дозой» стали 1,5 бутылки водки. «Загулы» стали продолжаться по 5, а то и 7 дней. Был уволен с работы, жена ушла. Денег на спиртное катастрофически не хватало, начал продавать вещи из дома. Теперь по утрам уже никак не мог «привести себя в порядок» - дрожали руки, болела голова, в груди появлялась «маета». Но после приема 150 - 200 гр. водки самочувствие улучшалось через 20-30 минут. «Светлела голова», исчезала дрожь в руках.

Четыре дня назад вечером шел по улице, когда к нему «привязалась» компания подростков с типичным вопросом: «Дай закурить». Началась драка. Получил удар по голове тяжелым предметом. На лице образовалась гематома. Из травмпункта госпитализирован в челюстно-лицевое отделение, где был прооперирован. Трое суток, находясь в этом отделении, не спал. Переживал по поводу того, «как он смог поддаться этим «подонкам». Накануне вечером голова стала какой-то «ватной», «мысли разбежались», не мог усидеть на одном месте, было тревожно, «шарахался от громких и резких звуков», перед глазами стали пробегать какие-то «ленты», «полосы», «светящиеся точки». Пожаловался на свое состояние медперсоналу отделения. Был вызван дежурный врач, который и вызвал бригаду скорой помощи. Больной объясняет случившееся с ним сильным душевным волнением и переживаниями по поводу драки. Считает, что в наркологическом отделении оказался «совершенно случайно», наверное врачи что-то «перепутали».

Вопросы:

1. Определите клиническую стадию алкоголизма у больного?
2. Какие психопатологические симптомы можно типировать в состоянии пациента?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 4. Больной, 46 лет.

Однажды, после серьезных неприятностей на работе, вечером дома появились боли в области сердца, иррадиировавшие в левую руку, одышка. Родственники вызвали «скорую помощь» и пациент с предположительным диагнозом «инфаркт миокарда», был госпитализирован в кардиологическое отделение и сразу же помещен в реанимационную палату. Со страхом смотрел на «мигающие приборы», к которым «его подключили».

Быстро выяснилось, что диагноз, поставленный врачом скорой помощи, ошибочен. На следующее утро пациент был выписан из больницы. Но с этого времени его стала постоянно преследовать мысль, что «такое состояние может повториться» и на этот раз у него «будет инфаркт на самом деле». Врачи также могут «ошибаться, что-то недосмотреть, пропустить». Начал «прислушиваться» к работе своего сердца. Особенно беспокойно чувствовал себя в переполненном транспорте. Как только двери автобуса закрывались, возникало ощущение, что он «находится в каменном мешке» из которого нет выхода. В этот момент появлялся страх смерти. Стал бояться, что упадет, потеряет сознание и никто ему не поможет, так как «о лежащем мужчине всегда думают, что он пьян». Стал выходить из автобуса, когда в нем собиралось много пассажиров. По совету родных начал постоянно носить с собой валидол, что его несколько успокаивало. Однажды обратил внимание на то, что, выйдя из подъезда дома, хотел перейти через улицу на зеленый свет светофора, но не сделал этого, а дождался, когда режим работы светофора вновь переключит его на зеленый цвет. На душе стало как-то спокойнее. С тех пор переходит улицу только на второе включение зеленого сигнала светофора, хотя понимает, что цвет сигнала светофора и режим его переключения никак не может повлиять на работу его сердца.

Разработал специальный маршрут движения на работу, который состоял в том, что он ехал, пересаживаясь на несколько видов городского транспорта так, чтобы по пути следования автобуса или троллейбуса встречались какие-либо медицинские учреждения: больницы, поликлиники, травмпункты и т.д. Выбранный им маршрут удлинял дорогу на работу почти в 2 раза – до 1,5 часов. Понимал, что такое поведение, скорее самоуспокоение, но менять маршрут не собирался. Рассказал о своих проблемах родственникам, которые посоветовали больному обратиться к врачу-психиатру.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
2. Какой группе психических расстройств соответствует картина заболевания у пациента?
3. Сформулируйте основные подходы к психотерапевтическому лечению больного.

№ 5. Больная, 36 лет.

Буквально с первых минут беседы начинает перечислять многочисленные жалобы на работу «сердца» и «всей сосудистой системы», «желудка, поджелудочной железы и печени». Называет их «самыми важными органами в теле человека». Но их работа в ее организме была «подорвана» длительным контактом с различными химическими реактивами, парами которых она дышала в течение многих лет. За последние годы пациентка прошла большое количество разнообразных обследований, которые помнит, практически по датам, перечисляет всех врачей, у которых она лечилась и консультировалась. Демонстрирует пухлую папку, в которой содержатся систематизированные по годам различные выписки из истории болезни и амбулаторных карт. При этом заявляет, что большинство врачей «недостойны своих дипломов», а некоторых «надо вообще их лишить» за пренебрежительное отношение к больным. И далее начинает пространно и витиевато, с использованием многочисленных цитат, говорить о работе медиков и клятве Гиппократов. Временами «перескакивает» с одной темы беседы на другую, не замечая этого. Обнаруживает склонность к рассуждениям на абстрактные и философские темы, оторванные от реальной жизни. Использует массу терминов, значение многих из которых не может объяснить.

Заявляет, что пришла к единственно «правильному выводу», что «наша медицина не способна ей помочь». Теперь она рассчитывает «только на свои силы». Перечисляет многие работы «натуропатов», которые помогают лучше многих врачей. При попытках врача переключить беседу на другие темы, сделать этого не дает. Перебить себя так же не позволяет, заявляя, - «нет, вы выслушайте меня». Ни семья, ни единственный ребенок, ни

работа ее не интересует. Она может разговаривать только на темы о своем здоровье и лечении. Во время беседы раздражается, повышает голос, в котором появляются «металлические» нотки, особенно при попытках врача изменить тему разговора или высказать осторожные сомнения по поводу наличия у пациентки такого количества болезней. У нее нет ни капли сомнения «в своем тяжелом состоянии, наличии серьезных заболеваний». В отделении придирчива к медперсоналу, санитаркам, которые, по ее мнению, «совершенно не справляются со своей работой». С другими больными в отделении не общается, заявляя, - «у нас разные болезни».

Вопросы:

1. Какие патопсихологические симптомы можно выделить в состоянии больной?
2. Ведущий психопатологический синдром?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 6. Больной, 32 лет.

Считает, что начало заболевания связано с затянувшейся конфликтной ситуацией в институте. Он работает в должности м.н.с. и осуществляет «первичные» разработки научных тем для аспирантов своего руководителя. Поэтому постоянно находится в состоянии эмоционального напряжения, так как сдерживает себя от выяснения отношений с зав.кафедрой. После очередного конфликта на работе у больного возник приступ сердцебиения, который сопровождался тревогой и повышенной потливостью. Сердцебиение продолжалось в течение недели, но после лечения у участкового терапевта состояние нормализовалось. С этого времени стал с повышенным вниманием относиться к своему здоровью. По поводу даже самых незначительных недомоганий обращался к участковому врачу, пунктуально выполнял все его назначения. Начал интересоваться медицинской литературой, особенно книгами по кардиологии. Завел особую тетрадь, куда вклеивал листовки-вкладыши к различным лекарственным препаратам.

Новое ухудшение состояния здоровья пациента наступило после того, как в автокатастрофе погиб его двоюродный брат, а еще через два месяца скончался от инфаркта дядя. Эти события оказали угнетающее действие на больного. Он полностью зафиксировался на своем самочувствии. Мысли о болезни сердца не покидали его. Стал безразличен к работе, реже бывал в институте, так как именно там хуже себя чувствовал. В домашней обстановке состояние больного улучшалось, особенно когда начинал играть со своим сыном. Но периодически ловил себя на мыслях о том, что прислушивается к работе сердца, «автоматически» считает пульс, часто измеряет артериальное давление. Посчитал, что такое состояние требует какого-то «радикального» лечения и по совету участкового врача обратился к психотерапевту.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
2. Что явилось причиной нарушения здоровья у пациента?
3. Ваша схема лечения больного.

№ 7. Больная, 69 лет.

Заболевание больной началось с постепенного одряхления, потери работоспособности, снижения слуха. К этому времени присоединились раздражительность, иногда доходящая до злобности, упрямство, ригидность, придирчивость. Больная без достаточного повода кричала, шумела на родных, бывала драчливой. Стала плохо ориентироваться в окружающей обстановке –говорила, что «находится в деревне Березняки, тут мой дом родной».

В отделении: выражены старческие признаки: очень редкие седые волосы, зубов нет, истощена, кожа сухая, дряблая, вся в морщинах. Руки дрожат, походка шаркающая,

«семящая». Больных и персонал представляет как своих родственников и знакомых «живущих в деревне Березняки». Охотно вступает в беседу на темы, касающиеся ее навыков работы в сельском хозяйстве. Высказывает идеи материального ущерба, - «все крадут, отнимают, туфли украли, пальто украли, не могу напасть». Обнаруживает резкое снижение памяти особенно на текущие события. Совершенно бездеятельна. Себя не обслуживает. Неопрятна. Шумлива. Криклива, «командует», «наводит порядки», часто жалуетса врачу на те или иные неправильные действия больных. По вечерам складывает свои вещи и связывает постельные принадлежности в узел, собираясь уезжать.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром можно предположить у данной больной?
2. Уточните его этиологию, проведите дифференциальный диагноз со сходными состояниями.
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 8. Больной, 37 лет.

Алкоголь употребляет с 20 лет. Последние 12-15 лет пьет систематически, опохмеляется. Перенес в прошлом алкогольный галлюциноз.

Поводом для госпитализации послужило то обстоятельство, что в течение последних 2-х недель у больного стала отмечаться забывчивость: забывал, что ему нужно сделать, не находил дорогу домой. Не смог продолжать профессиональную деятельность.

В отделении: дезориентирован во времени и окружающих лицах, не может назвать текущий год (1975...1995), не может сказать сколько времени он находится в больнице. Не находит свою палату. Не отличает врачей от среднего и младшего медицинского персонала. Не может запомнить имени своего лечащего врача. При встрече с врачом в течение дня несколько раз здороваётся и заявляет, что «сегодня мы не встречались». Не может сообщить своего адреса, фамилии жены. Но помнит, когда окончил школу, где прошло его детство, на каком предприятии начал работать. Во время обхода врача просит соседа сказать ему какое сегодня число, но тут же его забывает. Иногда начинает говорить о том, что он сегодня только «приехал с охоты», «был в компании своих друзей», «ночевал в охотничьем домике».

Больной неопрятен, эйфоричен, слабодушен, часто неадекватно улыбается, склонен к юмору, безынициативен, апатичен, много спит.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно типировать в состоянии больного?
2. Какой психопатологический синдром формируется при сочетании данных симптомов?
3. Ваша схема лечения больного и клинический прогноз?

№ 9. Больной, 37 лет.

После службы в армии по договору направился работать в район Крайнего Севера. Работал крановщиком на строительстве промышленного комбината. Однажды испытал неприятную ситуацию, которую тяжело пережил. В предпраздничный день раньше закончили работу и отключили электроэнергию. К этому времени он не успел спуститься из кабины крана в лифте, находящейся на большой высоте. Внезапно во время спуска кабина остановилась, при этом больной испугался, посчитал, что о нем забыли. Спуститься по аварийной лестнице при сильном ветре и морозе было практически невозможно. Пережил несколько минут панического страха, находясь в кабине лифта. Через несколько минут вновь было включено электричество и он благополучно спустился вниз. На протяжении нескольких праздничных дней не мог отдохнуть, все время вспоминал о пережитой ситуации. При этом чувствовал ощущение жара в голове, удушье, испытывал «сильные» сердцебиения и давление за грудиной. Бросало в пот, дрожали руки. В последующие рабочие дни не мог заставить себя войти в кабину лифта. Прервал контракт и уволился с работы.

Обратился к психотерапевту с жалобами на невозможность ездить в метро, автобусе, лифте, при этом возникает панический страх смерти, удушье, сердцебиение, и т.д. Последнее время отмечает ощущение тяжести в голове. В связи с этими жалобами неоднократно обращался к врачам: терапевту и невропатологу.

Вопросы:

1. Наличие каких психопатологических расстройств можно предположить у данного больного?
2. Что явилось причиной нарушения здоровья у пациента?
3. Ваша схема лечения данного больного?

№ 10. Больная, 32 года.

Обратилась с жалобами на расстройство менструального цикла в течение последних 3 лет. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к гинекологам. Проведенное обследование и назначенное лечение положительных результатов не дали.

При подробном расспросе выяснилось, что в течение последних пяти лет больная отмечала постоянно сниженное настроение, головокружение, головные боли, ощущение разбитости, недосыпания по утрам, быструю утомляемость, раздражительность, повышенную потливость, периодически возникающее ощущение слабости, дурноты, неприятные ощущения внизу живота, тревогу.

При расспросе, касающемся жизненной ситуации больной, выяснилось, что в брак вступила сравнительно поздно, в 27 лет. Вскоре после замужества выяснилось, что муж склонен к злоупотреблению спиртными напитками. В состоянии алкогольного опьянения груб, несдержан, часто необоснованно обвинял жену в супружеской неверности. После рождения ребенка в связи с резко возросшей нагрузкой дома постоянно переутомлялась, недосыпала. Особенно тяжело переживала грубое и отчужденное отношение мужа к себе и безразличие его к ребенку. По окончании послеродового отпуска на работе стала отмечать повышенную утомляемость, раздражительность, в последствии сменившуюся безразличием к работе, тревожностью, связанной с состоянием здоровья ребенка, постоянно сниженным фоном настроения.

Вопросы:

1. Наличие каких психопатологических расстройств можно предположить у данной больной?
2. Что явилось причиной нарушенного здоровья у пациентки?
3. Каков предполагаемый механизм этих расстройств?

№ 11. Больной, 32 лет.

О больном известно следующее: родился младшим ребенком в семье. Рос в деревне, был подвижным, шаловливым мальчиком, отзывчивым, добрым и искренним. Ему, как младшему ребенку, родители многие прощали, старались не наказывать, баловали, ограждали от трудностей. Пациент отличался особой привязанностью к матери, доверял ей все секреты, старался везде быть с нею вместе. Любил, чтобы его жалели, часто капризничал, особенно в домашней обстановке.

После окончания школы закончил технический ВУЗ, работал инженером. Женясь, переехал в Москву. В общении с окружающими обнаруживал поверхностность контактов, непосредственность, плохо разбирался в людях, вследствие чего часто попадал в неприятные ситуации. В профессиональной деятельности затруднялся в выборе самостоятельных решений, старался переложить ответственность на окружающих. Первый раз женился на женщине, которая была старше его на 9 лет. От прежнего замужества у нее был четырнадцатилетний сын, с которым больной быстро нашел общий язык, а по мнению окружающих «был с ним на равных, как большой ребенок». Жена предъявляла жесткие требования в материальном обеспечении семьи, с чем больной справиться не смог и семья распалась. Второй брак кратковременный. Жена старше

больного на 7 лет, имеет мальчика 11 лет. Детей от нового брака иметь не хотела, да и сам больной не настаивал. Супруга требовала активности, стеничности в решении бытовых и финансовых вопросов. Во время ссор могла ударить больного, была недовольна интимной жизнью, в конце концов открыто завела любовника. Больной пытался сохранить семью. Во время скандалов унижался, «ползал на коленях», уговаривал и извинялся, но тщетно. После 1,5 лет совместной жизни брак распался. В то же время умерла мать больного. Пациент тяжелее всех родственников переживал эту потерю. После похорон, когда возвращались с кладбища, одна из сестер окликнула больного, он повернулся, хотел ответить, но не смог произнести ни слова. Полная «немота» сохранялась в течении суток. Затем возможность вербального общения восстановилась, но с выраженным заиканием. Лечение транквилизаторами и антидепрессантами у невропатолога привело к некоторому успокоению, но практически не повлияло на заикание.

Вопросы:

1. Какие особенности личности больного Вы обнаружили?
2. Основная невротическая проблема пациента?
3. Сформулируйте подходы к психотерапевтическому лечению больного.

№ 12. Больной, 25 лет.

Алкогольные напитки употребляет с 18 лет, но довольно редко. Выехал в служебную командировку в город Н. В дороге провел 36 часов, не спал и почти ничего не ел. На одной из станций выпил 200 г водки, закусил бутербродом. Помнит, что сел в поезд, при посадке был удивлен тем, что проводники знали, до какой станции ему нужно ехать. Что было дальше не помнит. Очнулся в отделении милиции. Из данных судебного дела известно, что П. в вагоне пытался задушить пассажира, кричал, что он не позволит за собой шпионить, обвинял проводников в том, что они его преследовали. Пытался на ходу поезда выпрыгнуть в окно, но был удержан другими пассажирами. При подходе поезда к станции больной все же вырвался и выпрыгнул из вагона. Прыгнув, не разбился, и не отстал от поезда, а сумел догнать последний вагон, поднялся на его подножку и пытался избить кондуктора.

В психиатрической больнице при обследовании каких-либо отклонений со стороны психического и физического состояния не обнаружено. О произошедшем больной совершенно не помнит.

Вопросы:

1. Что произошло с данным больным?
2. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у больного?
3. Судебно-психиатрическая оценка?

№ 13. Больная, 33 лет.

Суетлива, назойлива, не упускает случая, чтобы не обратиться к врачу, заверяя его в своем психическом здоровье, так как считает себя тяжело больной соматическим заболеванием. С другими больными не общительна, сторонится их из-за «их больной психики». Вся во власти своих болезненных ощущений: «Как будто ток пронзает головной мозг, шевелятся волосы на голове и горячие удушливые волны охватывают все тело». С большой аффективной насыщенностью говорит о своих болезненных ощущениях. Наряду с этим обнаруживает эмоциональную холодность по отношению к близким людям, совершенно перестала интересоваться единственным ребенком, которому раньше уделяла много времени и называла «своей кровиночкой». Не хочет говорить ни о своей работе, ни об окружении, - «я об этом не думаю». Пропали профессиональные интересы, окружающей жизнью совершенно не интересуется. Стала раздражительной, особенно по отношению к своим близким. От умственной работы совершенно отказалась. Малейшее умственное напряжение как-то, чтение художественной литературы, просмотр

телепередач усиливает головные боли, пациентка не может сосредоточиться, не понимает, что читает, не может осмыслить содержание телепередач. Обманы восприятия отрицает. Крайне мнительна по отношению к своему здоровью. Ее мучает страх смерти, говорит, что «даже во сне мысль о болезни не покидает ее».

Не довольна предстоящей выпиской.

Катамнез через 7 месяцев: сведения о себе дает крайне скудные, с большой осторожностью. К собеседнику относится очень недоверчиво. Не работает, дома ничего не делает, закрывает все форточки, двери. Не объясняет свое поведение. Стала очень щепетильной в приеме пищи, выжидательно смотрит на родных и только после того как они поедят, сама садиться за стол. Продолжает считать себя безнадежно больной.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы и синдромы можно обнаружить у данной больной?
2. В рамках какого заболевания встречаются подобные расстройства?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 14. Больной, 43 лет.

В 15 лет перенес двухнедельный эпизод «странного» поведения: проговаривал вслух свои мысли, отмечались колебания настроения, иногда застывал в вычурных позах, плохо спал. Родители к врачам за консультацией по этому поводу не обращались.

В 18 лет был признан негодным к военной службе с диагнозом: «невроз навязчивых состояний».

В 1985 году поступил на стационарное лечение в психиатрическую больницу, где находился в течение 120 дней. Испытывал страхи, утверждал, что «его место в спецбольнице», так как он «помогал нести краденую вещь». Был убежден в собственной виновности, считал, что пришла расплата за его грехи. Был выписан в ноябре 1985 года.

Новое поступление в психиатрическую больницу в декабре 1985 года, где провел – 411 дней. Неусидчив, ходит по проходу между кроватями, жестикулирует, размахивает руками, постоянно со злобой в голосе с кем-то разговаривает, цинично бранится. Продуктивному контакту не доступен. Мышление разорванное, высказывания носят нелепый характер. Сообщил, что в его квартире находятся «поддельные» мать и отец, которые очень худые, старые «совсем не похожие на его настоящих родителей». Во время пребывания в психиатрической больнице был представлен на психоВТЭК и ему была определена II группа инвалидности.

После выписки из больницы постоянно принимал поддерживающее лечение, наблюдался в ПНД.

Новое поступление в ноябре 1996 г.: продуктивному контакту не доступен, ни на один из вопросов не отвечает. В отделении ни с кем не общается, отказывается от приема пищи и свиданий с родственниками, то плачет, то смеется, рвет нательное и постельное белье. Мышление разорванное, высказывания нелепые. Провел в больнице – 878 дней.

Следующее поступление в 1999 году: аутичен, мутичен, постоянно находится в наблюдательной палате. Вял, монотонен, ко всему окружающему полностью безразличен, эмоционально выхолощен, больничной обстановкой не тяготится. Иногда говорит, что «казнит всех, он засекреченный генерал КГБ».

Находится в психиатрической больнице по настоящее время.

Вопросы:

1. Тип течения шизофрении у данного больного?
2. Ведущий синдром в настоящее время?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 15. Больная, 25 лет.

Считает, что все ее «проблемы» начались в 7-8 классах школы, когда она обратила внимание на то, что у нее сильно «оттопырено правое ухо». Родители пытались ее разубедить в этом, но - бесполезно. Пациентка настояла на проведении в Москве пластической операции, которую, к сожалению, сделали «неудачно» и поэтому сейчас она вынуждена закрывать уши волосами.

Три года назад, после посещения травматолога по поводу незначительного искривления позвоночника, обнаружила у себя на спине «горб», появившийся в результате манипуляций «этого, так называемого, доктора». Была вынуждена крайне тщательно подгонять всю свою одежду для того, чтобы окружающие не замечали ее дефект. Об этом она понимает по их взглядам, поведению, недвусмысленному перешептыванию за ее спиной.

Год назад больная обожгла правую ногу и через некоторое время заметила, что у нее «отекли ноги и исчезли лодыжки». Для маскировки этого дефекта стала носить только длинные юбки. Полгода назад обратила внимание на то, что на правой ноге «большой палец» больше в размерах, чем на левой. После этого стала носить только закрытую обувь.

Совсем недавно «заметила», что «правая сторона лба» выступает больше, чем левая. Поэтому стала носить прическу с челкой, опускающейся на правую половину лица.

И самое последнее в строении своего тела на что больная обратила внимание – это то, что «таз ее сместился и развернулся в правую сторону» из-за чего «правая нога выступает вперед, а левая отстает». В результате больная вынуждена ходить правым боком вперед.

Пациентка проводит очень много времени перед зеркалом. Была крайне возмущена, что в женском отделении нет зеркала «в рост человека». Избегает любых фото и видеосъемок, так как «аппараты бездушны и перед ними свои дефекты не спрячешь».

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данной больной?
2. В рамках какого заболевания чаще всего встречается подобное расстройство?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 16. Больной, 39 лет.

Больной говорит о том, что «слышит» внутри головы мужские и женские «голоса» двух категорий: одни – его друзей; другие – врагов.

Недавно больной «находился в командировке на Марсе», где он получил имя «Вальтрон» и подвергся «боевой трансформации»: его мозг стал состоять из 2-х половин – одна – «человеческая», а другая «электрическая». Через электрическую половину мозга он воспринимает указания «своих друзей всего мира» и «ведет боевые действия».

Больной «выбран» для ведения войны «со злом во всем мире». Это зло пытается с помощью атомных бомб «сбить с оси земной шар» и тем самым разрушить цивилизацию. Борьба между силами добра и зла идет очень напряженная. Пациент своей электрической частью мозга уже уничтожил «90 атомных бомб».

Но этой борьбе многие противятся – это «силы зла», часть из них составляют «сотрудники КГБ». «Центр зла» находится на 3-м этаже больничного корпуса, в котором он сейчас находится. Кроме «голосов» друзей он слышит и «голоса» врагов. Эти голоса носят «особый», «эхообразный характер» и они всегда только угрожающего содержания. Они обещают «сжечь и уничтожить» его. И уже сейчас больной периодически начинает чувствовать как «горит кожа его тела, нагреваемая до 1000° по Цельсию» и это «воздействие» исходит с третьего этажа. «Голоса» друзей предупреждают больного о том, что «готовиться новая атака, на этот раз с использованием лазерного оружия». Это будет еще более жестокое столкновение. И больной сейчас готовится, набирается в больнице сил для этого сражения.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы вы выявили в состоянии данного больного?
2. Какой психопатологический синдром может составить сочетание данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 17. Больной, 22 лет.

Больной часами лежит в постели с высоко приподнятой над подушкой головой, не имеющей опоры. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна, губы вытянуты вперед, не разговаривает, не реагирует на обращенные к нему команды.

Больной отказывается от приема пищи, сильно похудел.

При попытках поменять положение рук или ног больного, оказывает сопротивление. Но иногда выполняет действия, противоположные тем, о которых его просят: вместо того, чтобы открыть глаза – он их закрывает и, наоборот, вместо того, чтобы протянуть руку к собеседнику, он ее наоборот крепче прижимает к туловищу.

Иногда состояние больного несколько меняется, и он начинает копировать некоторые движения окружающих или повторять произносимые ими слова. Может начать совершать непонятные, стереотипные движения руками и ногами, или на протяжении нескольких часов может ритмически раскачиваться на кровати.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно выделить в данном описании?
2. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 18. Больной, 20 лет.

Длительное время находится в психиатрическом стационаре. В течение многих недель почти совершенно неподвижен. Лежит в постели согнувшись, колени подтянуты к подбородку. Каждое вмешательство со стороны медперсонала, связанное с попыткой изменить позу, положение конечностей больного вызывает резкое противодействие с его стороны. Затем немедленно появляется мышечное напряжение, не позволяющее согнуть, поднять, сдвинуть с места ту или иную конечность больного.

Больной не разговаривает, на обращенную к нему речь не реагирует.

Лицо амимичное, сальное. Челюсти сильно сжаты, губы вытянуты вперед. Больной не ест, сильно похудел.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно выделить в данном описании?
2. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
3. Ваша схема лечения пациента?

№ 19. Больная, 39 лет.

Около 10 лет назад на фоне длительного и систематического злоупотребления спиртными напитками, больная стала слышать «голоса» соседей из всех окон своего дома. «Голоса» были неприличного содержания, нецензурно ругались и обвиняли больную в том, что она выпивает и ведет аморальный образ жизни. Такое состояние продолжалось несколько лет, но за помощью больная не обращалась. Постепенно «голоса», ранее доносившиеся из внешнего пространства, трансформировались в женские голоса, исходящие из «подсознания» больной. Она стала слышать их внутри головы. Голоса «рассказали» больной, что она «была отобрана» для эксперимента по «зомбированию» людей. Голоса обыкновенные - человеческие, но «особые» их никто не может слышать, зато они могут подключиться к любому человеку, «вот хотя бы и к вам», - говорит больная врачу. Обычно «говорят» два женских голоса, но иногда к ним присоединяется третий -

мужской. «Мужской голос бывает» значительно реже, так как «он приезжает из Москвы в командировку контролировать ход эксперимента». Задача эксперимента - проверить устойчивость людей к зомбированию. Зомби живут 7 лет. Больная уже участвует в эксперименте 8 лет, значит скоро должна умереть. Голоса ей уже однажды «приказали» покончить жизнь самоубийством и она попыталась вскрыть себе вены (показывает шрамы на предплечьях). Это «страшные эксперименты», они могут вызвать у человека любое состояние, очень тяжелое, физически непереносимое, что «сам полезешь в петлю». Больной «голоса» меняют настроение, регулируют ночной сон, иногда физиологические отправления; вызывают различные эмоциональные состояния: «страх, печаль, радость»; показывают в голове мультфильмы жесткого эротического содержания.

Больная считает все происходящее с ней реальностью. Она уезжала в Москву, думала «убежит» от голосов, но ей это не удалось, они вновь появились и в Москве. Спрятаться от них невозможно. Может быть только один выход – смерть.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно типировать в приведенной иллюстрации?
2. Какой психопатологический синдром формируется при сочетании данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№20. Больной, 39 лет.

Больной сидит в однообразной позе, понуро опустив голову, ссутулившись и свесив руки между колен. На лице выражение застывшей печали. Говорит с трудом, испытывает затруднения при подборе слов, объясняет это тем, что «голова совершенно пустая, мысли текут очень медленно». Отмечает, что стал неловок в движениях, малоподвижен, на выполнение любых привычных действий стало уходить значительно больше времени – «любая деятельность осуществляется через напряжение всех сил».

«Внешний мир поблек, стал серым, краски тусклыми, звуки глухими, все катится в какую-то тоскливую черную пропасть из которой уже не выбраться». Испытывает тоску, которую чувствует в груди и при этом показывает рукой место в области сердца. Тоска – это «непередаваемое ощущение, физическая боль может пройти, а тоска нет».

Внешний мир для больного как-бы остановился и жизнь остановилась, - «я все это время не живу, а существую, ощущая свою ненужность никому». «Живу только прошлым, будущее совершенно от меня отрезано». Любые наступающие праздники не вызывают ни радости, ни подъема, а, наоборот, раздражение – ведь это «все не для меня – для меня все закончилось».

Когда особенно тоскливо и обостряется чувство ненужности, что чаще всего бывает по утрам, появляются мысли о нежелании жить, которые иногда сопровождаются построением планов «ухода из этого мира». Даже была одна попытка самоповешения, но больной забыл закрыть входную дверь в свою квартиру, а в это время к нему вошла соседка и все увидела. Это и спасло больного от смерти.

Винит себя в произошедшем с его семьей (жена больного осуждена и отбывает наказание за кражу). Говорит, что совершил большую ошибку 10 лет назад, когда у жены выявилась тяга к кражам. Тогда и надо было принимать какое-то мужское решение. Так, что в том, что «произошло с моей семьей виноват только я один и за это расплачиваюсь» – констатирует в заключении беседы больной.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы Вы выявили в состоянии данного больного?
2. Какой психопатологический синдром может составить сочетание данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данного больного?

№21. Больной, 34 лет.

В кабинет врача больной вошел уверенным шагом, широко распахнул дверь, громким и уверенным голосом произнес: «Здравствуйте!». Далее без вопросов врача назвал свою

фамилию, имя, отчество. Во время беседы на лице радостная улыбка. Рассказал о том, что «в отделении находится, чтобы помогать медицинским работникам лечить больных людей». На вопрос врача о том, а не болен ли он сам?, - широко улыбнулся и ответил: «Ну, что Вы, доктор, если есть на свете стопроцентно здоровый человек – то он перед Вами». Далее начинает рассказывать о своих планах, которых у него очень много. Все они касаются помощи больным людям. Необходимо правильное питание, свежий воздух, витамины и лечебная гимнастика с водными процедурами. Ну, конечно, и женщины. В женских отделениях «много приятных дам». Вот этот «комплекс» и есть основное лечение для любого мужчины. Речь пациента быстрая, иногда «проглатывает» слова. На одном месте усидеть не может, постоянно меняет положение тела на стуле, иногда даже встает и пересаживается на диван, а чуть позже возвращается на стул. «Я как мотор, заряжаемый солнечной энергией» - говорит больной.

Быстро отвлекается на другие темы. Отмечает, что его «мозг привык к размышлениям, а думает он очень о многом». Хотя для восстановления «полнейшей работоспособности» ему требуется всего 3-4 часа сна. Жалеет, что отделение мужское. Женщины - «помогают мужчине реализоваться», «совершать достойные и мужественные поступки». Только рядом с женщиной мужчина становится мужчиной. Вот у меня, говорит больной, «было очень много женщин, но меня не интересует возраст, красота, главное в женщине – ее душа, которую он видит в женских глазах».

Пребыванием в отделении совершенно не тяготится. Даже считает, что замкнутое пространство приводит к «концентрации умственного и физического потенциала человека».

Вопросы:

1. Ведущий психопатологический синдром?
2. В рамках какой (каких) нозологических единиц может встречаться данное расстройство?
3. Ваша схема лечения данного больного?

№22. Больной, 43 лет.

Считает себя «роботом», который управляется посредством «магнитной пленки, находящейся в его голове». В голове из его мозга «осталась только одна извилина и она существует для того, чтобы общаться с людьми». Эта извилина отвечает за речь больного. Больным управляют инопланетяне. Сигналы от инопланетян он принимает посредством антенны, которой являются его волосы. Инопланетяне «разговаривают» с ним мужскими и женскими «голосами» и передают свои «инструкции» через магнитную пленку, находящуюся в голове больного. «Голоса» инопланетян всегда находятся внутри головы больного, они отличаются от обычных человеческих голосов. Описать эти отличия больной не может, но говорит, что - это «особые голоса».

На просьбу врача попытаться «повторить» голоса, больной измененным голосом произнес фразу: «Я – робот. Я наказан за грехи, которые совершил в своей жизни, в основном за выпивки, да какое там выпивки - «я очень сильно пил. За это меня на пять лет инопланетяне сделали роботом».

Далее больной говорит, что он ничего не чувствует: «ни любви, ни сострадания, ничего, потому что у него нет сердца». Сердце и легкие больной «съел» по приказу инопланетян и они «ушли из его организма через прямую кишку». Поэтому в груди у него нет ничего. Дышит и ест он животом. И этого достаточно – «роботу другие органы не нужны».

Инопланетяне посредством «голосов» управляют и его настроением, и самочувствием, и работой внутренних органов. «Я – робот», повторяет больной, «и все в моем организме зависит от инопланетян».

На вопрос врача: «А могут ли инопланетяне читать его мысли?» больной отвечает: «У меня нет своих мыслей, мне все передают на магнитную пленку». Но в то же время с

помощью магнитной ленты он может читать мысли окружающих. Но эту свою способность продемонстрировать отказался.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно типировать в приведенном психическом статусе?
2. Какой психопатологический синдром формируется при сочетании данных симптомов?
3. Составьте схему лечения больного.

№23. Больная, 35 лет.

Обратилась к врачу с жалобами на периодически возникающие головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, разбитости, быстрой утомляемости. Выполнение привычной работы стало требовать большого напряжения умственных и физических сил. В результате чего измотана до невозможности, как «выжатый лимон». Причем, и умственная работа, и физическая утомляют больную в одинаковой степени.

- «Иногда устаю до дрожи в ногах и тошноты, хочется только лечь, закрыть глаза и ни о чем не думать».

Но ночью заснуть не может, постоянно «лезут» в голову мысли – «это не сделала, то не сделала и т.д.» Утром просыпается разбитой и вялой. Сон не приносит отдыха. Отмечает, что стала повышено чувствительной буквально ко всему: к запахам, к звукам, к разговорам, к телепередачам. Стала какая-то «нюня», плаксивая и слабовольная. Но в то же время говорит о том, что появилась раздражительность и несдержанность, что «ей было совершенно не характерно». На работе ловит себя на мысли, что читая привычные документы, не понимает, что в них написано, текст стал расплываться перед глазами. Приходится напрягаться, заставлять себя читать «усилием воли».

Последние несколько месяцев появились неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, потливость. Стала чувствовать предстоящие изменения погоды, особенно перед дождем. Появился как-бы «внутренний барометр», который включается и изменяет ее самочувствие перед сменой погоды. Пробовала абсолютно ничего не делать – в выходные дни только отдыхать. К вечеру в воскресенье состояние несколько улучшалось, но в понедельник все начиналось снова.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно выделить в состоянии больной?
2. Ведущий психопатологический синдром?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 24. Больная, 40 лет.

Находится на лечении в пограничном психиатрическом отделении около 3-х недель.

Говорит о том, что после незначительных волнений и переживаний чувствует вялость, слабость в руках и ногах, «неустойчивость» при ходьбе – «земля как-бы уходит из-под ног», появляется «ощущение комка в горле», который «закрывает доступ для воздуха». В этот момент больная пытается «глубже вдохнуть, но воздух не проходит в легкие», она начинает задыхаться, появляется тревога и страх смерти от удушья.

С появлением данных нарушений пациентка стала бояться выходить одна из дома на улицу, не смогла работать. Но в то же время отмечает, что близкие ей люди «не признают ее болезнь, они ее не понимают и не знают». Это всегда вызывает у нее слезы, обиду и еще большее усиление симптоматики. Очень сильно переживает о том, что «не может доказать» родным, что она «серьезно больна», что ей нужно «понимание и забота», чтобы вылечиться.

На работе также изменилось к ней отношение из-за длительных больничных листов. «Они тоже не хотят понять, что я больной человек», - заявляет пациентка.

Длительное время лечится с помощью различных антидепрессантов и транквилизаторов. Но отмечает, что они не оказывают хорошего и длительного эффекта и делает вывод – «лечиться мне нечем». Более того, через неделю после начала приема любых новых препаратов они начинают вызывать сходные побочные явления: «появляются приливы жара», «жжения» и «покалывание иглками в голове». Вслед за этим она прекращает прием лекарства и начинает требовать от врача назначения нового препарата, заявляя – «мне надо лечиться».

Вопросы:

1. Опишите основные психопатологические симптомы и психологические установки?
2. Выделите ведущий психопатологический синдром в состоянии больной?
3. Какую лечебную тактику Вы применили бы при лечении данной пациентки?

№25. Больная, 40 лет.

После ряда психотравмирующих событий, которые произошли в жизни больной (похороны родственников) и сопровождались длительным злоупотреблением спиртными напитками, однажды, около 2-х часов ночи, она «услышала женский голос», который доносился из будильника и произносил слова в ритме, совпадавшем с тиканьем часов: «Надя...вставай...Надя...поднимайся...Надя вставай...Надя...поднимайся». Больная стала «разговаривать» с будильником. На это обратил внимание ее муж, который сказал, что никакого «женского голоса» не слышит. Он же отнес будильник на кухню и поставил его на холодильник, где стоял еще один будильник из которого больная тоже стала «слышать голос», но уже другой женщины. Причем, больная отмечает, что в доме были и другие часы, но они «работали на батарейках» и «не тикали». И вот из этих часов женские голоса не доносились.

Около 6 часов утра, когда «запели петухи», голоса пропали, но они вновь возобновились к вечеру и уже начали звать больную «подняться на крышу». Пациентка пыталась вступить с ними в контакт, постоянно спрашивая: «Кто вы?» Но голоса в ответ только «смеялись». Чуть позже голоса стали говорить больной, что она «должна покончить жизнь самоубийством». Начали ругать ее за пьянство, нецензурно бранили и «полоскали на чем свет стоит». При этом «приговаривали»: «Ты все равно повесишься».

На следующее утро «голоса» не исчезли, и муж больной вызвал специализированную бригаду скорой помощи.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данной больной?
2. Какие могут понадобиться дополнительные сведения для уточнения нозологической формы заболевания у пациентки?
3. Ваша схема лечения больной?

№26. Больная, 28 лет.

Находится на лечении в инфекционном отделении с жалобами на повышение температуры до 38-39⁰ С, которое длится более 2-х недель, разбитость, слабость. К вечеру на 6 день пребывания в отделении больная стала неадекватной, бестолковой, плохо понимала задаваемые ей вопросы, не могла найти свою постель, перестала узнавать соседей по палате.

Ближе к ночи стала разговаривать с мнимым собеседником, которого называла «мама». Был вызван психиатр, который назначил сибазон 4,0 в/м. После инъекции больная уснула. Утром плохо помнила, что с ней происходило накануне вечером и ночью. Весь день провела в дремотном состоянии с пониженными реакциями на окружающее. К вечеру состояние больной вновь изменилось: разговаривала с невидимым собеседником, разыскивала кого-то под кроватью, называя собачьей кличкой «Тузик». Вновь был вызван психиатр, который выявил у больной нарушения ориентировки в месте, времени,

окружающей обстановке при полной сохранности ориентировки в собственной личности и сделал следующие назначения: аминазин 2,0 в/м, сибазон 2,0 в/м. Больная вновь уснула. В психотическом состоянии находилась 3 дня. На четвертый день проснулась с полной ориентировкой, но испытывала вялость, слабость, быструю утомляемость, потливость, нарушения памяти, которые в основном касались фиксации новой информации.

Информация больной о своих переживаниях после выхода из болезненного состояния.

Рассказала, что слышала «голос» своей матери, которая «звала» ее и «давала» разные бытовые советы. Голос доносился из различных помещений отделения. Она реагировала на него как на голос реального собеседника и удивлялась, почему другие люди его не слышат. Затем стала «видеть» свою собаку (собаку зовут Тузик), которая «находилась» в комнате и «пряталась» под кроватью. В это время считала, что находится у себя в квартире, в своей комнате. Свои переживания больная хорошо помнит, но говорит, что не понимала, почему в ее доме было так много людей в белых халатах.

Вопросы:

1. Какие психопатологические синдромы можно выявить у данной пациентки?
2. Назовите фамилию психиатра, который впервые описал возможность подобной смены психопатологических синдромов.
3. Ваша схема лечения данной больной.

№27. Больной, 43 лет.

Находится в палате интенсивной терапии наркологического отделения.

На вопрос врача о том, как его зовут, отвечает – «Виктор Иванович Т.», где находится – «в наркологическом отделении», текущее число, месяц и год – называет правильно.

Рассказал, что «самостоятельно пришел» в наркологическое отделение, так как он «очень боялся за свою жизнь». Вчера вечером, после продолжительного запоя, в своем доме за стеной (живет в частном доме на 2-х хозяев) «услышал» много «голосов военных», которые приехали, чтобы его «расстрелять». Долго прислушивался к ним и, наконец, понял, что расстреливать его будут за то, что регулярно покупает «самогон, а не водку, подрывая экономику государства». Затем голоса стали доноситься из окон.

Он догадался, что «военные занимают позиции, для того, чтобы открыть огонь». Заметался по комнате, ища укрытия. Спрятался под кроватью, накрылся с головой одеялом и подушкой. Голоса исчезли, но страх остался. Стоило только ему приподнять подушку как услышал, что его будут «расстреливать из танков». Услышал «переговоры», которые вели военные по рации, говоря, что «трех танков будет достаточно». Через небольшой промежуток времени больной «услышал рев танковых двигателей». «Понял», что его сейчас «действительно убьют» и бросился из дома. Бежал по середине улицы, вокруг были машины, трамваи, люди. Когда двигался по мосту над рекой, голоса стали говорить, что «сейчас его утопят». Был остановлен сотрудниками милиции и доставлен в наркологическую больницу.

Вопросы:

1. Ведущий психопатологический синдром у данного больного?
2. Уточните его этиологию, проведите дифференциальный диагноз со сходными состояниями.
3. Ваша схема лечения пациента.

№28. Больной, 33 лет.

Доставлен в наркологическое отделение бригадой скорой помощи. О себе рассказал следующее: выпивать начал сразу же после службы в армии (20 лет), всегда в различных компаниях, с друзьями. Выпивки поднимали настроение, становилось веселее, «раскрепощался». Пили то, на что хватало денег, но в основном водку. Для достижения «хорошего самочувствия» больному требовалось не более 300 гр. водки. Утром

чувствовал себя всегда хорошо, редко побаливала голова. Через несколько лет сформировалась «своя компания», в которой стал проводить все свободное время. Начали выпивать «просто так, от нечего делать». На выпивку стало уходить больше денег. Чтобы достичь состояния опьянения уже нужно было выпить 0,5 литра водки, а то и больше. Появилась какая-то «ненасытность» в отношении спиртного. Перестал покидать застолье, если оставалось хоть немного спиртного. По утрам было так плохо, что прогуливал работу. Дома начались скандалы. Жена подала на развод. Стал выпивать больше и чаще. «Привычной дозой» стали 1,5 бутылки водки. «Загулы» стали продолжаться по 5, а то и 7 дней. Был уволен с работы, жена ушла. Денег на спиртное катастрофически не хватало, начал продавать вещи из дома. Теперь по утрам уже никак не мог «привести себя в порядок» - дрожали руки, болела голова, в груди появлялась «маета». Но после приема 150 - 200 гр. водки самочувствие улучшалось через 20-30 минут. «Светлела голова», исчезала дрожь в руках.

Четыре дня назад вечером шел по улице, когда к нему «привязалась» компания подростков с типичным вопросом: «Дай закурить». Началась драка. Получил удар по голове тяжелым предметом. На лице образовалась гематома. Из травмпункта госпитализирован в челюстно-лицевое отделение, где был прооперирован. Трое суток, находясь в этом отделении, не спал. Переживал по поводу того, «как он смог поддаться этим «подонкам». Накануне вечером голова стала какой-то «ватной», «мысли разбежались», не мог усидеть на одном месте, было тревожно, «шарахался от громких и резких звуков», перед глазами стали пробегать какие-то «ленты», «полосы», «светящиеся точки». Пожаловался на свое состояние медперсоналу отделения. Был вызван дежурный врач, который и вызвал бригаду скорой помощи. Больной объясняет случившееся с ним сильным душевным волнением и переживаниями по поводу драки. Считает, что в наркологическом отделении оказался «совершенно случайно», наверное врачи что-то «перепутали».

Вопросы:

1. Определите клиническую стадию алкоголизма у больного?
2. Какие психопатологические симптомы можно типировать в состоянии пациента?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 29. Больной, 46 лет.

Однажды, после серьезных неприятностей на работе, вечером дома появились боли в области сердца, иррадиировавшие в левую руку, одышка. Родственники вызвали «скорую помощь» и пациент с предположительным диагнозом «инфаркт миокарда», был госпитализирован в кардиологическое отделение и сразу же помещен в реанимационную палату. Со страхом смотрел на «мигающие приборы», к которым «его подключили». Быстро выяснилось, что диагноз, поставленный врачом скорой помощи, ошибочен. На следующее утро пациент был выписан из больницы. Но с этого времени его стала постоянно преследовать мысль, что «такое состояние может повториться» и на этот раз у него «будет инфаркт на самом деле». Врачи также могут «ошибаться, что-то недосмотреть, пропустить». Начал «прислушиваться» к работе своего сердца. Особенно беспокойно чувствовал себя в переполненном транспорте. Как только двери автобуса закрывались, возникало ощущение, что он «находится в каменном мешке» из которого нет выхода. В этот момент появлялся страх смерти. Стал бояться, что упадет, потеряет сознание и никто ему не поможет, так как «о лежащем мужчине всегда думают, что он пьян». Стал выходить из автобуса, когда в нем собиралось много пассажиров. По совету родных начал постоянно носить с собой валидол, что его несколько успокаивало. Однажды обратил внимание на то, что, выйдя из подъезда дома, хотел перейти через улицу на зеленый свет светофора, но не сделал этого, а дождался, когда режим работы светофора вновь переключит его на зеленый цвет. На душе стало как-то спокойнее. С тех пор переходит улицу только на второе включение зеленого сигнала светофора, хотя

понимает, что цвет сигнала светофора и режим его переключения никак не может повлиять на работу его сердца.

Разработал специальный маршрут движения на работу, который состоял в том, что он ехал, пересеживаясь на несколько видов городского транспорта так, чтобы по пути следования автобуса или троллейбуса встречались какие-либо медицинские учреждения: больницы, поликлиники, травмпункты и т.д. Выбранный им маршрут удлинял дорогу на работу почти в 2 раза – до 1,5 часов. Понимал, что такое поведение, скорее самоуспокоение, но менять маршрут не собирался. Рассказал о своих проблемах родственникам, которые посоветовали больному обратиться к врачу-психиатру.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
2. Какой группе психических расстройств соответствует картина заболевания у пациента?
3. Сформулируйте основные подходы к психотерапевтическому лечению больного.

№ 30. Больная, 36 лет.

Буквально с первых минут беседы начинает перечислять многочисленные жалобы на работу «сердца» и «всей сосудистой системы», «желудка, поджелудочной железы и печени». Называет их «самыми важными органами в теле человека». Но их работа в ее организме была «подорвана» длительным контактом с различными химическими реактивами, парами которых она дышала в течение многих лет. За последние годы пациентка прошла большое количество разнообразных обследований, которые помнит, практически по датам, перечисляет всех врачей, у которых она лечилась и консультировалась. Демонстрирует пухлую папку, в которой содержатся систематизированные по годам различные выписки из истории болезни и амбулаторных карт. При этом заявляет, что большинство врачей «недостойны своих дипломов», а некоторых «надо вообще их лишить» за пренебрежительное отношение к больным. И далее начинает пространно и витиевато, с использованием многочисленных цитат, говорить о работе медиков и клятве Гиппократов. Временами «перескакивает» с одной темы беседы на другую, не замечая этого. Обнаруживает склонность к рассуждениям на абстрактные и философские темы, оторванные от реальной жизни. Использует массу терминов, значение многих из которых не может объяснить.

Заявляет, что пришла к единственно «правильному выводу», что «наша медицина не способна ей помочь». Теперь она рассчитывает «только на свои силы». Перечисляет многие работы «натуропатов», которые помогают лучше многих врачей. При попытках врача переключить беседу на другие темы, сделать этого не дает. Перебить себя так же не позволяет, заявляя, - «нет, вы выслушайте меня». Ни семья, ни единственный ребенок, ни работа ее не интересуют. Она может разговаривать только на темы о своем здоровье и лечении. Во время беседы раздражается, повышает голос, в котором появляются «металлические» нотки, особенно при попытках врача изменить тему разговора или высказать осторожные сомнения по поводу наличия у пациентки такого количества болезней. У нее нет ни капли сомнения «в своем тяжелом состоянии, наличии серьезных заболеваний». В отделении придирчива к медперсоналу, санитаркам, которые, по ее мнению, «совершенно не справляются со своей работой». С другими больными в отделении не общается, заявляя, - «у нас разные болезни».

Вопросы:

1. Какие патопсихологические симптомы можно выделить в состоянии больной?
2. Ведущий психопатологический синдром?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 31. Больной, 32 лет.

Считает, что начало заболевания связано с затянувшейся конфликтной ситуацией в институте. Он работает в должности м.н.с. и осуществляет «первичные» разработки научных тем для аспирантов своего руководителя. Поэтому постоянно находится в состоянии эмоционального напряжения, так как сдерживает себя от выяснения отношений с зав.кафедрой. После очередного конфликта на работе у больного возник приступ сердцебиения, который сопровождался тревогой и повышенной потливостью. Сердцебиение продолжалось в течение недели, но после лечения у участкового терапевта состояние нормализовалось. С этого времени стал с повышенным вниманием относиться к своему здоровью. По поводу даже самых незначительных недомоганий обращался к участковому врачу, пунктуально выполнял все его назначения. Начал интересоваться медицинской литературой, особенно книгами по кардиологии. Завел особую тетрадь, куда клеивал листовки-вкладыши к различным лекарственным препаратам.

Новое ухудшение состояния здоровья пациента наступило после того, как в автокатастрофе погиб его двоюродный брат, а еще через два месяца скончался от инфаркта дядя. Эти события оказали угнетающее действие на больного. Он полностью зафиксировался на своем самочувствии. Мысли о болезни сердца не покидали его. Стал безразличен к работе, реже бывал в институте, так как именно там хуже себя чувствовал. В домашней обстановке состояние больного улучшалось, особенно когда начинал играть со своим сыном. Но периодически ловил себя на мыслях о том, что прислушивается к работе сердца, «автоматически» считает пульс, часто измеряет артериальное давление. Посчитал, что такое состояние требует какого-то «радикального» лечения и по совету участкового врача обратился к психотерапевту.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
2. Что явилось причиной нарушения здоровья у пациента?
3. Ваша схема лечения больного.

№ 32. Больная, 69 лет.

Заболевание больной началось с постепенного одряхления, потери работоспособности, снижения слуха. К этому времени присоединились раздражительность, иногда доходящая до злобности, упрямство, ригидность, придирчивость. Больная без достаточного повода кричала, шумела на родных, бывала драчливой. Стала плохо ориентироваться в окружающей обстановке – говорила, что «находится в деревне Березняки, тут мой дом родной».

В отделении: выражены старческие признаки: очень редкие седые волосы, зубов нет, истощена, кожа сухая, дряблая, вся в морщинах. Руки дрожат, походка шаркающая, «семенящая». Больных и персонал представляет как своих родственников и знакомых «живущих в деревне Березняки». Охотно вступает в беседу на темы, касающиеся ее навыков работы в сельском хозяйстве. Высказывает идеи материального ущерба, - «все крадут, отнимают, туфли украли, пальто украли, не могу напасть». Обнаруживает резкое снижение памяти особенно на текущие события. Совершенно бездеятельна. Себя не обслуживает. Неопрятна. Шумлива. Криклива, «командует», «наводит порядки», часто жалуется врачу на те или иные неправильные действия больных. По вечерам складывает свои вещи и связывает постельные принадлежности в узел, собираясь уезжать.

Вопросы:

1. Какой психопатологический синдром можно предположить у данной больной?
2. Уточните его этиологию, проведите дифференциальный диагноз со сходными состояниями.
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 33. Больной, 37 лет.

Алкоголь употребляет с 20 лет. Последние 12-15 лет пьет систематически, опохмеляется. Перенес в прошлом алкогольный галлюциноз.

Поводом для госпитализации послужило то обстоятельство, что в течение последних 2-х недель у больного стала отмечаться забывчивость: забывал, что ему нужно сделать, не находил дорогу домой. Не смог продолжать профессиональную деятельность.

В отделении: дезориентирован во времени и окружающих лицах, не может назвать текущий год (1975...1995), не может сказать сколько времени он находится в больнице. Не находит свою палату. Не отличает врачей от среднего и младшего медицинского персонала. Не может запомнить имени своего лечащего врача. При встрече с врачом в течение дня несколько раз здоровается и заявляет, что «сегодня мы не встречались». Не может сообщить своего адреса, фамилии жены. Но помнит, когда окончил школу, где прошло его детство, на каком предприятии начал работать. Во время обхода врача просит соседа сказать ему какое сегодня число, но тут же его забывает. Иногда начинает говорить о том, что он сегодня только «приехал с охоты», «был в компании своих друзей», «ночевал в охотничьем домике».

Больной неопрятен, эйфоричен, слабодушен, часто неадекватно улыбается, склонен к юмору, безынициативен, апатичен, много спит.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно типировать в состоянии больного?
2. Какой психопатологический синдром формируется при сочетании данных симптомов?
3. Ваша схема лечения больного и клинический прогноз?

№ 34. Больной, 37 лет.

После службы в армии по договору направился работать в район Крайнего Севера. Работал крановщиком на строительстве промышленного комбината. Однажды испытал неприятную ситуацию, которую тяжело пережил. В предпраздничный день раньше закончили работу и отключили электроэнергию. К этому времени он не успел спуститься из кабины крана в лифте, находящейся на большой высоте. Внезапно во время спуска кабина остановилась, при этом больной испугался, посчитал, что о нем забыли. Спуститься по аварийной лестнице при сильном ветре и морозе было практически невозможно. Пережил несколько минут панического страха, находясь в кабине лифта. Через несколько минут вновь было включено электричество и он благополучно спустился вниз. На протяжении нескольких праздничных дней не мог отдохнуть, все время вспоминал о пережитой ситуации. При этом чувствовал ощущение жара в голове, удушье, испытывал «сильные» сердцебиения и давление за грудиной. Бросало в пот, дрожали руки. В последующие рабочие дни не мог заставить себя войти в кабину лифта. Прервал контракт и уволился с работы.

Обратился к психотерапевту с жалобами на невозможность ездить в метро, автобусе, лифте, при этом возникает панический страх смерти, удушье, сердцебиение, и т.д.

Последнее время отмечает ощущение тяжести в голове. В связи с этими жалобами неоднократно обращался к врачам: терапевту и невропатологу.

Вопросы:

1. Наличие каких психопатологических расстройств можно предположить у данного больного?
2. Что явилось причиной нарушения здоровья у пациента?
3. Ваша схема лечения данного больного?

№ 35. Больная, 32 года.

Обратилась с жалобами на расстройство менструального цикла в течение последних 3 лет. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к гинекологам. Проведенное обследование и назначенное лечение положительных результатов не дали.

При подробном расспросе выяснилось, что в течение последних пяти лет больная отмечала постоянно сниженное настроение, головокружение, головные боли, ощущение разбитости, недосыпания по утрам, быструю утомляемость, раздражительность, повышенную потливость, периодически возникающее ощущение слабости, дурноты, неприятные ощущения внизу живота, тревогу.

При расспросе, касающемся жизненной ситуации больной, выяснилось, что в брак вступила сравнительно поздно, в 27 лет. Вскоре после замужества выяснилось, что муж склонен к злоупотреблению спиртными напитками. В состоянии алкогольного опьянения груб, несдержан, часто необоснованно обвинял жену в супружеской неверности. После рождения ребенка в связи с резко возросшей нагрузкой дома постоянно переутомлялась, недосыпала. Особенно тяжело переживала грубое и отчужденное отношение мужа к себе и безразличие его к ребенку. По окончании послеродового отпуска на работе стала отмечать повышенную утомляемость, раздражительность, в последствии сменившуюся безразличием к работе, тревожностью, связанной с состоянием здоровья ребенка, постоянно сниженным фоном настроения.

Вопросы:

1. Наличие каких психопатологических расстройств можно предположить у данной больной?
2. Что явилось причиной нарушенного здоровья у пациентки?
3. Каков предполагаемый механизм этих расстройств?

№ 36. Больной, 32 лет.

О больном известно следующее: родился младшим ребенком в семье. Рос в деревне, был подвижным, шаловливым мальчиком, отзывчивым, добрым и искренним. Ему, как младшему ребенку, родители многие прощали, старались не наказывать, баловали, ограждали от трудностей. Пациент отличался особой привязанностью к матери, доверял ей все секреты, старался везде быть с нею вместе. Любил, чтобы его жалели, часто капризничал, особенно в домашней обстановке.

После окончания школы закончил технический ВУЗ, работал инженером. Женившись, переехал в Москву. В общении с окружающими обнаруживал поверхностность контактов, непосредственность, плохо разбирался в людях, вследствие чего часто попадал в неприятные ситуации. В профессиональной деятельности затруднялся в выборе самостоятельных решений, старался переложить ответственность на окружающих. Первый раз женился на женщине, которая была старше его на 9 лет. От прежнего замужества у нее был четырнадцатилетний сын, с которым больной быстро нашел общий язык, а по мнению окружающих «был с ним на равных, как большой ребенок». Жена предъявляла жесткие требования в материальном обеспечении семьи, с чем больной справиться не смог и семья распалась. Второй брак кратковременный. Жена старше больного на 7 лет, имеет мальчика 11 лет. Детей от нового брака иметь не хотела, да и сам больной не настаивал. Супруга требовала активности, стеничности в решении бытовых и финансовых вопросов. Во время ссор могла ударить больного, была недовольна интимной жизнью, в конце концов открыто завела любовника. Больной пытался сохранить семью. Во время скандалов унижался, «ползал на коленях», уговаривал и извинялся, но тщетно. После 1,5 лет совместной жизни брак распался. В то же время умерла мать больного. Пациент тяжелее всех родственников переживал эту потерю. После похорон, когда возвращались с кладбища, одна из сестер окликнула больного, он повернулся, хотел ответить, но не смог произнести ни слова. Полная «немота» сохранялась в течении суток. Затем возможность вербального общения восстановилась, но с выраженным заиканием. Лечение транквилизаторами и антидепрессантами у невропатолога привело к некоторому успокоению, но практически не повлияло на заикание.

Вопросы:

1. Какие особенности личности больного Вы обнаружили?

2. Основная невротическая проблема пациента?
3. Сформулируйте подходы к психотерапевтическому лечению больного.

№ 37. Больной, 25 лет.

Алкогольные напитки употребляет с 18 лет, но довольно редко. Выехал в служебную командировку в город Н. В дороге провел 36 часов, не спал и почти ничего не ел. На одной из станций выпил 200 г водки, закусил бутербродом. Помнит, что садился в поезд, при посадке был удивлен тем, что проводники знали, до какой станции ему нужно ехать. Что было дальше не помнит. Очнулся в отделении милиции. Из данных судебного дела известно, что П. в вагоне пытался задушить пассажира, кричал, что он не позволит за собой шпионить, обвинял проводников в том, что они его преследовали. Пытался на ходу поезда выпрыгнуть в окно, но был удержан другими пассажирами. При подходе поезда к станции больной все же вырвался и выпрыгнул из вагона. Прыгнув, не разбился, и не отстал от поезда, а сумел догнать последний вагон, поднялся на его подножку и пытался избить кондуктора.

В психиатрической больнице при обследовании каких-либо отклонений со стороны психического и физического состояния не обнаружено. О произошедшем больной совершенно не помнит.

Вопросы:

1. Что произошло с данным больным?
2. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у больного?
3. Судебно-психиатрическая оценка?

№ 38. Больная, 33 лет.

Суетлива, назойлива, не упускает случая, чтобы не обратиться к врачу, заверяя его в своем психическом здоровье, так как считает себя тяжело больной соматическим заболеванием. С другими больными не общительна, сторонится их из-за «их больной психики». Вся во власти своих болезненных ощущений: «Как будто ток пронзает головной мозг, шевелятся волосы на голове и горячие удушливые волны охватывают все тело». С большой аффективной насыщенностью говорит о своих болезненных ощущениях. Наряду с этим обнаруживает эмоциональную холодность по отношению к близким людям, совершенно перестала интересоваться единственным ребенком, которому раньше уделяла много времени и называла «своей кровиночкой». Не хочет говорить ни о своей работе, ни об окружении, - «я об этом не думаю». Пропали профессиональные интересы, окружающей жизнью совершенно не интересуется. Стала раздражительной, особенно по отношению к своим близким. От умственной работы совершенно отказалась. Малейшее умственное напряжение как-то, чтение художественной литературы, просмотр телепередач усиливает головные боли, пациентка не может сосредоточиться, не понимает, что читает, не может осмыслить содержание телепередач. Обманы восприятия отрицает. Крайне мнительна по отношению к своему здоровью. Ее мучает страх смерти, говорит, что «даже во сне мысль о болезни не покидает ее».

Не довольна предстоящей выпиской.

Катамнез через 7 месяцев: сведения о себе дает крайне скудные, с большой осторожностью. К собеседнику относится очень недоверчиво. Не работает, дома ничего не делает, закрывает все форточки, двери. Не объясняет свое поведение. Стала очень щепетильной в приеме пищи, выжидательно смотрит на родных и только после того как они поедят, сама садиться за стол. Продолжает считать себя безнадежно больной.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы и синдромы можно обнаружить у данной больной?
2. В рамках какого заболевания встречаются подобные расстройства?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 39. Больной, 43 лет.

В 15 лет перенес двухнедельный эпизод «странного» поведения: проговаривал вслух свои мысли, отмечались колебания настроения, иногда застывал в вычурных позах, плохо спал. Родители к врачам за консультацией по этому поводу не обращались.

В 18 лет был признан негодным к военной службе с диагнозом: «невроз навязчивых состояний».

В 1985 году поступил на стационарное лечение в психиатрическую больницу, где находился в течение 120 дней. Испытывал страхи, утверждал, что «его место в спецбольнице», так как он «помогал нести краденую вещь». Был убежден в собственной виновности, считал, что пришла расплата за его грехи. Был выписан в ноябре 1985 года.

Новое поступление в психиатрическую больницу в декабре 1985 года, где провел – 411 дней. Неусидчив, ходит по проходу между кроватями, жестикулирует, размахивает руками, постоянно со злобой в голосе с кем-то разговаривает, цинично бранится. Продуктивному контакту не доступен. Мышление разорванное, высказывания носят нелепый характер. Сообщил, что в его квартире находятся «поддельные» мать и отец, которые очень худые, старые «совсем не похожие на его настоящих родителей». Во время пребывания в психиатрической больнице был представлен на психоВТЭК и ему была определена II группа инвалидности.

После выписки из больницы постоянно принимал поддерживающее лечение, наблюдался в ПНД.

Новое поступление в ноябре 1996 г.: продуктивному контакту не доступен, ни на один из вопросов не отвечает. В отделении ни с кем не общается, отказывается от приема пищи и свиданий с родственниками, то плачет, то смеется, рвет нательное и постельное белье. Мышление разорванное, высказывания нелепые. Провел в больнице – 878 дней.

Следующее поступление в 1999 году: аутичен, мутичен, постоянно находится в наблюдательной палате. Вял, монотонен, ко всему окружающему полностью безразличен, эмоционально выхолощен, больничной обстановкой не тяготится. Иногда говорит, что «казнит всех, он засекреченный генерал КГБ».

Находится в психиатрической больнице по настоящее время.

Вопросы:

1. Тип течения шизофрении у данного больного?
2. Ведущий синдром в настоящее время?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 40. Больная, 25 лет.

Считает, что все ее «проблемы» начались в 7-8 классах школы, когда она обратила внимание на то, что у нее сильно «оттопырено правое ухо». Родители пытались ее разубедить в этом, но - бесполезно. Пациентка настояла на проведении в Москве пластической операции, которую, к сожалению, сделали «неудачно» и поэтому сейчас она вынуждена закрывать уши волосами.

Три года назад, после посещения травматолога по поводу незначительного искривления позвоночника, обнаружила у себя на спине «горб», появившийся в результате манипуляций «этого, так называемого, доктора». Была вынуждена крайне тщательно подгонять всю свою одежду для того, чтобы окружающие не замечали ее дефект. Об этом она понимает по их взглядам, поведению, недвусмысленному перешептыванию за ее спиной.

Год назад больная обожгла правую ногу и через некоторое время заметила, что у нее «отекали ноги и исчезли лодыжки». Для маскировки этого дефекта стала носить только длинные юбки. Полгода назад обратила внимание на то, что на правой ноге «большой палец» больше в размерах, чем на левой. После этого стала носить только закрытую обувь.

Совсем недавно «заметила», что «правая сторона лба» выступает больше, чем левая. Поэтому стала носить прическу с челкой, опускающейся на правую половину лица. И самое последнее в строении своего тела на что больная обратила внимание – это то, что «таз ее сместился и развернулся в правую сторону» из-за чего «правая нога выступает вперед, а левая отстает». В результате больная вынуждена ходить правым боком вперед. Пациентка проводит очень много времени перед зеркалом. Была крайне возмущена, что в женском отделении нет зеркала «в рост человека». Избегает любых фото и видеосъемок, так как «аппараты бездушны и перед ними свои дефекты не спрячешь».

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данной больной?
2. В рамках какого заболевания чаще всего встречается подобное расстройство?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 41. Больной, 39 лет.

Больной говорит о том, что «слышит» внутри головы мужские и женские «голоса» двух категорий: одни – его друзей; другие – врагов.

Недавно больной «находился в командировке на Марсе», где он получил имя «Вальтрон» и подвергся «боевой трансформации»: его мозг стал состоять из 2-х половин – одна – «человеческая», а другая «электрическая». Через электрическую половину мозга он воспринимает указания «своих друзей всего мира» и «ведет боевые действия».

Больной «выбран» для ведения войны «со злом во всем мире». Это зло пытается с помощью атомных бомб «сбить с оси земной шар» и тем самым разрушить цивилизацию. Борьба между силами добра и зла идет очень напряженная. Пациент своей электрической частью мозга уже уничтожил «90 атомных бомб».

Но этой борьбе многие противятся – это «силы зла», часть из них составляют «сотрудники КГБ». «Центр зла» находится на 3-м этаже больничного корпуса, в котором он сейчас находится. Кроме «голосов» друзей он слышит и «голоса» врагов. Эти голоса носят «особый», «эхообразный характер» и они всегда только угрожающего содержания. Они обещают «сжечь и уничтожить» его. И уже сейчас больной периодически начинает чувствовать как «горит кожа его тела, нагреваемая до 1000° по Цельсию» и это «воздействие» исходит с третьего этажа. «Голоса» друзей предупреждают больного о том, что «готовиться новая атака, на этот раз с использованием лазерного оружия». Это будет еще более жестокое столкновение. И больной сейчас готовится, набирается в больнице сил для этого сражения.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы вы выявили в состоянии данного больного?
2. Какой психопатологический синдром может составить сочетание данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 42. Больной, 22 лет.

Больной часами лежит в постели с высоко приподнятой над подушкой головой, не имеющей опоры. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна, губы вытянуты вперед, не разговаривает, не реагирует на обращенные к нему команды, произнесенные обычным голосом, но иногда может их выполнить, когда они произносятся шепотом. Больной отказывается от приема пищи, сильно похудел.

Пациенту можно придать любую, даже самую неудобную позу, которую он затем сохраняет в течение длительного времени: повернутая голова, поднятая рука, нога длительное время остаются в том же положении, которое им придали. Пациент не сопротивляется изменениям положения его конечностей, позы и другим производимым с ним действиям.

Вопросы:

1. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
2. Какие психопатологические симптомы можно выделить в данном описании?
3. Ваша схема лечения данного больного.

№ 43. Больной, 20 лет.

Длительное время находится в психиатрическом стационаре. В течение многих недель почти совершенно неподвижен. Лежит в постели согнувшись, колени подтянуты к подбородку. Каждое вмешательство со стороны медперсонала, связанное с попыткой изменить позу, положение конечностей больного вызывает резкое противодействие с его стороны. Затем немедленно появляется мышечное напряжение, не позволяющее согнуть, поднять, сдвинуть с места ту или иную конечность больного.

Больной не разговаривает, на обращенную к нему речь не реагирует.

Лицо амимичное, сальное. Челюсти сильно сжаты, губы вытянуты вперед. Больной не ест, сильно похудел.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно выделить в данном описании?
2. Наличие какого психопатологического синдрома можно предположить у данного больного?
3. Ваша схема лечения пациента?

№ 44. Больная, 39 лет.

Около 10 лет назад на фоне длительного и систематического злоупотребления спиртными напитками, больная стала слышать «голоса» соседей из всех окон своего дома. «Голоса» были неприличного содержания, нецензурно ругались и обвиняли больную в том, что она выпивает и ведет аморальный образ жизни. Такое состояние продолжалось несколько лет, но за помощью больная не обращалась. Постепенно «голоса», ранее доносившиеся из внешнего пространства, трансформировались в женские голоса, исходящие из «подсознания» больной. Она стала слышать их внутри головы. Голоса «рассказали» больной, что она «была отобрана» для эксперимента по «зомбированию» людей. Голоса обыкновенные - человеческие, но «особые» их никто не может слышать, зато они могут подключиться к любому человеку, «вот хотя бы и к вам», - говорит больная врачу. Обычно «говорят» два женских голоса, но иногда к ним присоединяется третий - мужской. «Мужской голос бывает» значительно реже, так как «он приезжает из Москвы в командировку контролировать ход эксперимента». Задача эксперимента - проверить устойчивость людей к зомбированию. Зомби живут 7 лет. Больная уже участвует в эксперименте 8 лет, значит скоро должна умереть. Голоса ей уже однажды «приказали» покончить жизнь самоубийством и она попыталась вскрыть себе вены (показывает шрамы на предплечьях). Это «страшные эксперименты», они могут вызвать у человека любое состояние, очень тяжелое, физически непереносимое, что «сам полезешь в петлю». Больной «голоса» меняют настроение, регулируют ночной сон, иногда физиологические отправления; вызывают различные эмоциональные состояния: «страх, печаль, радость»; показывают в голове мультфильмы жесткого эротического содержания.

Больная считает все происходящее с ней реальностью. Она уезжала в Москву, думала «убежит» от голосов, но ей это не удалось, они вновь появились и в Москве. Спрятаться от них невозможно. Может быть только один выход - смерть.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы можно типировать в приведенной иллюстрации?
2. Какой психопатологический синдром формируется при сочетании данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данной больной.

№ 45. Больной, 39 лет.

Больной сидит в однообразной позе, понуро опустив голову, ссутулившись и свесив руки между колен. На лице выражение застывшей печали. Говорит с трудом, испытывает затруднения при подборе слов, объясняет это тем, что «голова совершенно пустая, мысли текут очень медленно». Отмечает, что стал неловок в движениях, малоподвижен, на выполнение любых привычных действий стало уходить значительно больше времени – «любая деятельность осуществляется через напряжение всех сил».

«Внешний мир поблек, стал серым, краски тусклыми, звуки глухими, все катится в какую-то тоскливую черную пропасть из которой уже не выбраться». Испытывает тоску, которую чувствует в груди и при этом показывает рукой место в области сердца. Тоска – это «непередаваемое ощущение, физическая боль может пройти, а тоска нет».

Внешний мир для больного как-бы остановился и жизнь остановилась, - «я все это время не живу, а существую, ощущая свою ненужность никому». «Живу только прошлым, будущее совершенно от меня отрезано». Любые наступающие праздники не вызывают ни радости, ни подъема, а, наоборот, раздражение – ведь это «все не для меня – для меня все закончилось».

Когда особенно тоскливо и обостряется чувство ненужности, что чаще всего бывает по утрам, появляются мысли о нежелании жить, которые иногда сопровождаются построением планов «ухода из этого мира». Даже была одна попытка самоповешения, но больной забыл закрыть входную дверь в свою квартиру, а в это время к нему вошла соседка и все увидела. Это и спасло больного от смерти.

Винит себя в произошедшем с его семьей (жена больного осуждена и отбывает наказание за кражу). Говорит, что совершил большую ошибку 10 лет назад, когда у жены выявилась тяга к кражам. Тогда и надо было принимать какое-то мужское решение. Так, что в том, что «произошло с моей семьей виноват только я один и за это расплачиваюсь» – констатирует в заключении беседы больной.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы Вы выявили в состоянии данного больного?
2. Какой психопатологический синдром может составить сочетание данных симптомов?
3. Ваша схема лечения данного больного?

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Современная организационно-методологическая проблематика медицинской психологии в России.
2. История отечественной и зарубежной медицинской психологии.
3. Медицинская психология и клиническая психология: определение и соотношение понятий.
4. Патопсихология как дисциплина, её соотношение со смежными областями психологии и медицины.
5. Патопсихологическое исследование: методология и техники реализации.
6. Нейропсихология как дисциплина, её соотношение со смежными областями психологии и медицины.
7. Нейропсихологическая диагностика эмоциональных состояний.
8. Патопсихологическое изучение нарушений в эмоциональной, потребностномотивационной и смысловой сферах при неврозах.
9. Значение теории системной динамической локализации высших психических функций и концепции А.Р. Лурия о трех блоках мозга для теории медицинской психологии.
10. Закономерности формирования межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия в онтогенезе.
11. Значение нейропсихологического синдромного анализа для различных отраслей фундаментальной и практической психологии.
12. Психология аномального развития как составная часть медицинской психологии.

13. Психология отклоняющегося поведения как составная часть медицинской психологии.
14. Психологическое консультирование и его возможности при алкоголизме (синдроме зависимости).
15. Психологическое консультирование и его возможности при наркоманиях (синдроме зависимости).
16. Психологическое сопровождение диагностического и терапевтического процесса.
17. Типы отношения к болезни соматически больных.
18. Психосоциальные последствия болезни.
19. Ятрогении и их предупреждение.
20. Психология лечебного процесса.
21. Современные концепции психосоматического здоровья.
22. Личность в экстремальных условиях.
23. Проблема психологической устойчивости личности.
24. Психологические проблемы межличностного взаимодействия в медицине.
25. Психопрофилактика неблагоприятных функциональных состояний человека.
26. Патопсихологическая оценка нарушений внимания
27. Патопсихологическая оценка нарушений памяти
28. Патопсихологическая оценка нарушений восприятия
29. Патопсихологическая оценка нарушений мышления
30. Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта
31. Патопсихологическая оценка нарушений эмоций
32. Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей
33. Психические расстройства при СПИДе.
34. Болезнь Альцгеймера, сенильный вариант. Клиника, лечение.
35. Болезнь Альцгеймера, пресенильный вариант. Клиника, лечение.
36. Этнокультуральные психические синдромы.
37. Генетические исследования в психиатрии.
38. Психические расстройства и методы терапии при стихийных бедствиях.
39. Синдромы выключения сознания, клиника, диагностическое значение.
40. Расстройства ощущений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
41. Иллюзии. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
42. Галлюцинации. Объективные признаки галлюцинаций. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
43. Расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
44. Память и ее расстройства. Диагностическое значение расстройств памяти.
45. Формальные расстройства мышления и их диагностическое значение.
46. Бредовые идеи. Определения понятия, клинические формы, диагностическое значение.
47. Расстройства эмоциональной сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение симптомов.
48. Расстройства влечений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
49. Расстройства волевой сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
50. Формы психомоторного возбуждения. Клиническая характеристика и методы купирования.
51. Бредовые синдромы. Клиническая характеристика и диагностическое значение. Динамика бредовых синдромов.
52. Синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
53. Делириозный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
54. Биполярное аффективное расстройство. Эпидемиология.
55. Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод. Клиника,

особенности лечения.

56. Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод. Клиника, особенности лечения.

57. Судебно-психиатрическая экспертиза.

58. Военная и трудовая экспертиза.

59. Показания к недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

60. Экологическая психиатрия.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. История возникновения и развития клинической психологии как науки и как области профессиональной деятельности психологов в России и за рубежом. Психология и медицина.
2. Предмет и объект клинической психологии. Специфика клинико-психологического подхода к изучению психических явлений.
3. Роль клинической психологии в решении общих проблем психологии. Фундаментальные психологические проблемы, решаемые на моделях патологии
4. Системный подход к анализу патологии психики. Симптом, синдром, фактор в клинической психологии. Принципы синдромного анализа и различные типы синдромов в клинической психологии.
5. Понятие о психической норме и патологии. Вариабельность возможных подходов к пониманию нормы.
6. Здоровье и болезнь. Категория психического здоровья.
7. Роль психических факторов в возникновении, течении, лечении и предупреждении заболеваний.
8. Современные международные классификации болезней.
9. Методологические и методические проблемы оценки эффективности терапии. Факторы субъективной эффективности терапевтического процесса.
10. Клиническая психология и практика.
11. Роль клинической психологии в профилактике заболеваний.
12. Виды и цели клинико-психологической диагностики.
13. Типы экспертных задач, решаемых медицинскими психологами.
14. Этические принципы и нормы практической деятельности медицинских психологов.
15. Основные направления современной нейропсихологии (клиническая, экспериментальная, реабилитационная нейропсихология, нейропсихология детского возраста и старения, нейропсихология индивидуальных различий и др.).
16. Нейропсихологический анализ нарушений высших психических функций и эмоциональноличностной сферы.
17. Современные представления о психической функции как о функциональной системе. Концепция П.К. Анохина.
18. Значение работ Л.С. Выготского и А.Р. Лурия для теории системной динамической локализации высших психических функций.
19. Нейропсихологические симптомы, синдромы, факторы. Соотношение понятий “фактор”, “локализация”, “симптом”, “синдром”.
20. Первичные и вторичные нарушения высших психических функций. Качественная и количественная характеристика нарушений высших психических функций.
21. Функциональные блоки мозга.
22. Межполушарная асимметрия мозга и межполушарное взаимодействие.
23. Нарушения восприятия при локальных поражениях мозга. Агнозии.
24. Современное понимание строения движений: концепция Н.А. Бернштейна. Апраксии. Классификация апраксий по А.Р. Лурия (пространственная, кинестетическая, кинетическая, регуляторная апраксии.)

25. Афферентные и эфферентные звенья речевой системы. Афазии. Классификация афазий по А.Р. Лурия (сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, семантическая, афферентная моторная, эфферентная моторная, динамическая афазии).
26. Неафазические нарушения речи (дизартрии, псевдоафазии, алалии).
27. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Амнезии.
28. Модально-неспецифические расстройства внимания при поражении различных уровней неспецифической системы. Модально-специфические расстройства внимания.
29. Нарушения мышления при поражении лобных, затылочных, теменных и височных отделов мозга. Особенности нарушения интеллектуальной деятельности при поражении левого и правого полушарий мозга.
30. Эмоционально-личностные расстройства при поражениях левого и правого полушарий мозга.
31. Нейропсихологические синдромы поражения затылочных, височных, теменных отделов мозга.
32. Нейропсихологические синдромы поражения глубинных подкорковых структур мозга.
33. Особенности нейропсихологических синдромов, связанные с характером заболевания (опухолевые, травматические, сосудистые, радиационные поражения мозга и т.д.).
34. Восстановительное обучение в нейропсихологической практике при нарушениях речи, мыслительной деятельности, произвольных движений и памяти.
35. Основные принципы системогенеза П.К.Анохина. Принцип гетерохронности в морфо- и функциогенезе различных мозговых структур. Внутрисистемная и межсистемная гетерохронность. Принципы опережающего развития, дискретного и синхронного развития разных участков мозга.
36. Морфо- и функциогенез мозга. Показатели морфо- и функциогенеза.
37. Связь формирования психических функций с созреванием мозга. Нейропсихологическая интерпретация понятий “сензитивный период”, “кризис развития”, “зона ближайшего развития”, “качественная перестройка психических функций”.
38. Симптомы нарушений и симптомы несформированности ВПФ.
39. Специфика межполушарного взаимодействия в онтогенезе (Э. Леннеберг, М. Газзанига, М. Кинсборн, Э.Г. Симерницкая).
40. Синдром дефицита внимания. Понятие “минимальная мозговая дисфункция (ММД)”
41. Различия в структурно-функциональной организации мозга и психических процессов у правой и левой. Специфика проявления нарушений и отклонений в формировании ВПФ у левой. Левшество как психолого-педагогическая проблема.
42. Методологические основы и теоретические проблемы патопсихологии. Практические задачи патопсихологии.
43. Патопсихологический синдром как основной инструмент анализа нарушений психики: структура, отличие от клинических синдромов.
44. Клиническая и психологическая феноменология нарушений восприятия при психических заболеваниях: принципы выделения и описания. Агнозии и обманы чувств.
45. Нарушения памяти: феноменология, критерии дифференциации клинических и психологических феноменов нарушения памяти.
46. Психологическая характеристика основных видов и вариантов нарушений мышления (по Б.В. Зейгарник).
47. Патопсихологические проявления нарушений эмоциональной сферы
48. Патопсихологические проявления нарушений личности. Патология мотивационно-потребностной сферы
49. Нарушения общения при психических заболеваниях.
50. Нарушения сознания и самосознания. Понятие «ясного» и «помраченного» сознания. «Измененные» состояния сознания.

51. Характеристика основных нозологических синдромов при шизофрении, эпилепсии, диффузных органических поражениях мозга, хроническом алкоголизме, расстройствах психики пограничного спектра.
52. Московская школа патопсихологии: культурно-историческая концепция Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия и основные направления изучения нарушения личности по Б.В. Зейгарник.
53. Ленинградская школа В.Н. Мясищева: исследование нарушения системных отношений личности к социальному окружению и собственному Я при неврозах.
54. Диагностические модели изучения патологии личности: квазиэкспериментальные, проективные методы, опросники.
55. Понятие «пограничной личностной организации» по О. Кернбергу, нарциссическая структура личности по Х. Кохуту.
56. Теория стресса Г. Селье, ее роль в разработке проблем психосоматики. Основные модели психосоматического симптомогенеза, опирающиеся на понятие «физиологического» и «психологического» стресса.
57. Основные феномены совладания со стрессом. Их роль в симптомогенезе.
58. Биопсихосоциальная модель психосоматического симптомогенеза.
59. Современные концепции телесности.
60. Проблема психологической саморегуляции при психосоматических расстройствах.
61. Психосоматический подход в медицине; психосоматические и соматопсихические соотношения; современная биопсихосоциальная концепция болезни, здоровья и лечения; психогении и соматогении.
62. Влияние психических факторов на возникновение, течение и лечение соматических и психосоматических заболеваний; принципы психологического синдромного анализа в психосоматике.
63. Влияние соматической болезни на психическую деятельность человека.
64. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.
65. Феноменология телесности. Границы тела, устойчивость образа тела, формы телесной идентичности. Внешнее и внутреннее тело, семантика «внутренней» телесности.
66. Нарушение психомоторного развития, умственная отсталость, задержка психического развития, искаженное развитие, поврежденное развитие, дисгармоническое развитие.
67. Особенности психогенных, эндогенных и соматических расстройств у детей. Соматические проявления детских поведенческих реакций.
68. Роль гетерохронии и асинхронии в нормальном и патологическом системогенезе.
69. Психологические методы исследования аномального ребенка
70. Психотерапия в системе видов психологической помощи – консультирования, коррекции, сопровождения, супервизии: критерии сравнения: показания и ограничения, цели, форматы, теоретические основы.
71. Проблема интеграции различных психотерапевтических подходов
72. Психотерапия как процесс, фазы, динамика терапевтических отношений и изменений личности пациента на разных фазах терапевтического процесса.
73. Концепции традиционной и модифицированной психоаналитической психотерапии.
74. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия
75. Гуманистическое и экзистенциальное направления психотерапии
76. Направления, формы и методы психологического вмешательства.
77. Специфика психологического вмешательства с учетом, нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
78. Психологическая помощь в экстремальных и кризисных ситуациях.
79. Личность психотерапевта и консультанта; психотерапевтические тактики и взаимодействие в процессе психологической помощи.
80. Проблемы оценки эффективности психологического вмешательства.

81. Проблемы психической адаптации и компенсации.
82. Биологические и средовые факторы риска нарушений психического развития и отклоняющегося поведения.
83. Особенности нарушений психических функций, личности и поведения при различных типах дизонтогенеза.
84. Формы отклоняющегося поведения, роль генетических и психосоциальных факторов в их возникновении; проблемы профилактики и коррекции отклоняющегося поведения.
85. Проблемы и методы психологической диагностики нарушений психического развития и отклоняющегося поведения.
86. Проблемы ранней междисциплинарной семейно-центрированной помощи: выявление, диагностика, вмешательство, оценка эффективности.
87. Синдром профессионального выгорания.
88. Профессиональные и этические аспекты взаимоотношения врача и больного.
89. Поведение больного в лечебном процессе; проблема нонкомплайенса.
90. Психологические аспекты фармакотерапии.
91. Психология здоровья, факторы здорового образа жизни и отношения к здоровью.
92. Психологические аспекты сохранения и укрепления психического и соматического здоровья человека.
93. Психологические основы профилактики нервно-психических и психосоматических расстройств, состояний психической дезадаптации и нарушений поведения.
94. Психологические основы вторичной и третичной психопрофилактики.
95. Направления, принципы и этапы психосоциальной реабилитации больных и инвалидов.
96. Методологические основы теоретических представлений о психическом здоровье человека в рамках существующих психологических подходов.
97. Влияние психологических и соматических факторов на сохранение здоровья личности.
98. Психология здорового образа жизни.
99. Психологическое консультирование и психотерапевтические техники как фактор укрепления и сохранения психического здоровья.
100. Поддержание и сохранение здоровья людей, перенесших или испытывающих воздействие чрезвычайных и экстремальных факторов (техногенные и природные катастрофы, теракты и т.п.).

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

В рамках освоения дисциплины предусмотрены: устный опрос, подготовка реферата, практическая подготовка.

Реферат – продукт самостоятельной работы, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемого вопроса, приводит различные точки зрения, а также собственное понимание проблемы.

Реферат состоит из:

- ✓ введения;
- ✓ основной части – обобщенное и систематизированное изложение темы на основе литературных источников;
- ✓ заключения или выводов;
- ✓ перечня использованных литературных источников (отечественных и иностранных).

Объем реферата – 10-15 страниц машинописного текста или 18-20 страниц рукописи. Текст должен быть напечатан или написан только на одной стороне листа с полями: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см. Каждый лист, таблица и рисунок должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами. Работа должна быть сброшюрована.

Указатель литературы должен содержать не менее 10 источников: пособия, справочники, монографии, периодические издания, страницы в Интернете и т.д. Используемые источники располагаются в алфавитном порядке. В тексте обязательны ссылки на использованные источники, представляющие собой номер источника в списке литературы в квадратных скобках.

Максимальное количество баллов, которое может набрать обучающийся в течение семестра за различные виды работ – 70 баллов.

Формой промежуточной аттестации является экзамен. Экзамен проходит в форме устного собеседования по вопросам экзаменационного билета.

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа студента в течение всего срока освоения дисциплины, а также баллы, полученные на промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимся в течение освоения дисциплины	Оценка по дисциплине
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно