

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Соматопсихиатрия»

Специальность: 31.08.20 Психиатрия
Направленность: Психиатрия

Рабочая программа дисциплины «Соматопсихиатрия» составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – по специальности 31.08.20 Психиатрия, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16 октября 2023 № 981 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия».

Составители рабочей программы дисциплины:


Софронов А.Г., д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Савельев А.П., к.м.н., доц., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Проклопович Г.А., к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. Мечникова

Рецензент:

Гречаный С.В. д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии СПбГПМУ.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры психиатрии и наркологии

2 марта 2024 г., протокол № 3

Заведующий кафедрой  / Софронов А.Г. /
(подпись) (Ф.И.О.)

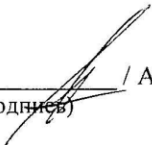
Одобрено Методической комиссией по основным профессиональным образовательным программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры

19 марта 2024 г.

Председатель  / Остапенко В.М. /
(подпись) (Ф.И.О.)

Рассмотрено Методическим советом и рекомендовано для утверждения на Ученом совете

21 марта 2024 г.

Председатель  / Артюшкин С.А. /
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата обновления:

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель освоения дисциплины.....	4
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы	4
3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.....	4
4. Объем дисциплины и виды учебной работы	5
5. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества академических часов и видов учебных занятий.....	5
6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	9
7. Оценочные материалы	12
8. Перечень учебной литературы и ресурсов сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины	12
9. Перечень информационных технологий, используемых для освоения дисциплины, включая перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем.....	14
10. Материально-техническое обеспечение дисциплины	15
Приложение А.....	16

1. Цель освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины «Соматопсихиатрия» является формирование компетенций обучающегося, эффективно решать профессиональные врачебные задачи при сочетанной патологии психического и соматического расстройства, соматогенного психического заболевания с использованием знаний об этиопатогенетических механизмах их развития, а также формулировать принципы (алгоритмы, стратегию) и методы их выявления, лечения и профилактики; – методологической, методической и практической базы рационального мышления и эффективного профессионального действия врача.

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Соматопсихиатрия» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений, Блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.08.20 Психиатрия, направленность: Психиатрия. Дисциплина является элективной.

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
ПК-4. Готов назначить и провести лечение пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контролировать его эффективность и безопасность	ИД-1 ПК-4.1. Умеет составлять план лечения пациента с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. ИД-2 ПК-4.2. Применяет методы медикаментозной и немедикаментозной терапии психических расстройств и расстройств поведения, контролирует ее эффективность и безопасность

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства
ИД-1 ПК-4.1.	знает симптоматику психических расстройств и расстройств поведения, соматогенных психических расстройств и соматизированных психических расстройств;	Тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет распознавать и диагностировать психические расстройства в сочетании с соматической патологией, соматогенные расстройства и соматизированные заболевания, составлять план лечения выше указанных расстройств;	
	имеет навык вовремя выявлять побочные эффекты медикаментозной терапии психических расстройств и соматических заболеваний и проводить своевременную коррекцию	
ИД-2 ПК-4.2.	знает медикаментозные и немедикаментозные	Тестовые задания,

	методы лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в сочетании с соматической патологией;	контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет применять методы медикаментозной и немедикаментозной терапии при лечении психических расстройств и расстройств поведения в сочетании с тяжелой соматической патологией;	
	имеет навык составлять план лечения пациента с учетом клинической картины заболевания психического расстройства и сопутствующей соматической патологии, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость	Семестры
		3
Контактная работа обучающихся с преподавателем	110	110
Аудиторная работа:	108	108
Лекции (Л)	4	4
Практические занятия (ПЗ)	104	104
Самостоятельная работа:	106	106
в период теоретического обучения	102	102
подготовка к сдаче зачета	4	4
Промежуточная аттестация: зачет, в том числе сдача и групповые консультации	2	2
Общая трудоемкость: академических часов	216	216
зачетных единиц	6	6

5. Содержание дисциплины, структурированное по разделам (темам) с указанием количества академических часов и видов учебных занятий

5.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Аннотированное содержание раздела дисциплины	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения раздела
1	Введение в соматопсихиатрию (основы психосоматической медицины)	Общие признаки психосоматических расстройств и варианты их развития. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний	ПК-4
2	Соматогенные и соматоформные расстройства	Соматогенные психические расстройства Клинические варианты соматоформных расстройств	ПК-4

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Аннотированное содержание раздела дисциплины	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения раздела
3	Ятрогении и нозогенные реакции	Понятие и варианты внутренней картины болезни. Деадаптивные личностные реакции на болезнь Определение ятрогении. Задачи психиатрического консультирования соматического больного.	ПК-4

5.2. Тематический план лекций

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Тематика лекций	Трудоемкость (академических часов)
1	Введение в соматопсихиатрию (основы психосоматической медицины)	Л1. Общие признаки психосоматических расстройств и варианты их развития. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.	1
2		Л2. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний	1
3	Соматогенные и соматоформные расстройства	Л3. Соматогенные психические расстройства Клинические варианты соматоформных расстройств	1
4	Ятрогении и нозогенные реакции	Л4. Диагностика и современные подходы к лечению ятрогенных и нозогенных расстройств.	1
ИТОГО:			4

5.3. Тематический план практических занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Формы текущего контроля	Трудоемкость (академических часов)
1	Введение в соматопсихиатрию (основы психосоматической медицины)	ПЗ.1. Психосоматические расстройства. Общие признаки психосоматических расстройств и варианты их развития. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических	Собеседование, решение ситуационных задач	24

		расстройств. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств		
2		ПЗ.2. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний (Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония); ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз). Современные терапевтические подходы.	Собеседование, решение ситуационных задач	20
3	Соматогенные и соматоформные расстройства	ПЗ.3. Соматогенные психические расстройства. Этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях. Общие критерии соматогенных (в том числе органических) психических расстройств. Роль психиатра в терапевтическом ведении соматических больных с психическими нарушениями. Первичная и вторичная профилактика соматогенных расстройств.	Собеседование, решение ситуационных задач	20
4		ПЗ.4. Клинические варианты соматоформных расстройств. Понятие соматоформной вегетативной дисфункции. Соматизированное и ипохондрическое расстройства. Дифференциально-диагностические критерии соматизированной депрессии. Диссоциативно-конверсионные нарушения.	Собеседование, решение ситуационных задач	20
5	Ятрогении и нозогенные реакции	ПЗ.5. Ятрогении и нозогенные реакции. Понятие и варианты	Собеседование, решение	20

		внутренней картины болезни. Деадаптивные личностные реакции на болезнь Определение ятрогении. Задачи психиатрического консультирования соматического больного.	ситуационных задач	
ИТОГО:				104

5.4. Тематический план семинаров – не предусмотрено

5.5. Тематический план лабораторных работ – не предусмотрено

5.6. Самостоятельная работа:

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Виды самостоятельной работы	Формы текущего контроля	Трудоемкость (академических часов)
1	Введение в соматопсихиатрию (основы психосоматической медицины)	Работа с лекционным материалом. Работа с учебной литературой	Тестирование, решение ситуационных задач	40
2	Соматогенные и соматоформные расстройства	Самостоятельное изучение отдельных разделов или тем дисциплины в период теоретической подготовки Работа с учебной литературой Подготовка рефератов	Тестирование, решение ситуационных задач, написание реферата	40
3	Ятрогении и нозогенные реакции	Работа с нормативными документами Подготовка рефератов	Тестирование, написание реферата	22
Подготовка к сдаче зачета				4
ИТОГО:				106

5.6.1. Перечень нормативных документов:

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020)
2. Федеральный закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»
6. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1233н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, острой (подострой) фазе, с резистентностью, интолерантностью к терапии»
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1449н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических психотических расстройствах»
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1466н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, органических (аффективных) расстройствах настроения»
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1518н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, депрессивных и тревожных расстройствах в связи с эпилепсией»
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. № 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. № 135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ»
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. № 126н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ»
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 сентября 2012 г. № 127н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при амнестическом синдроме, вызванном употреблением психоактивных веществ»
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1421н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при шизофрении, подострой фазе в условиях дневного стационара»
15. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1229н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве»

5.6.2. Темы рефератов

1. Принципы терапии соматогенных расстройств.
2. Психосоматические расстройства - общие признаки и варианты развития.
3. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств.
4. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.
5. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.

6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Планирование и организация времени, необходимого для изучения дисциплины

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день. В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания к практическим занятиям, а также задания, вынесенные на самостоятельную работу, рекомендуется выполнять непосредственно после соответствующей темы лекционного курса, что способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Система университетского обучения основывается на рациональном сочетании нескольких видов учебных занятий (в первую очередь, лекций и практических занятий), работа на которых обладает определенной спецификой.

Подготовка к лекциям

Знакомство с дисциплиной происходит уже на первой лекции, где от обучающихся требуется не просто внимание, но и самостоятельное оформление конспекта. При работе с конспектом лекций необходимо учитывать тот фактор, что одни лекции дают ответы на конкретные вопросы темы, другие – лишь выявляют взаимосвязи между явлениями, помогая студенту понять глубинные процессы развития изучаемого предмета как в истории, так и в настоящее время.

Конспектирование лекций – сложный вид вузовской аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность студента. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим клиническим ординатором. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое «конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Целесообразно вначале понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее. Желательно запись осуществлять на одной странице листа или оставляя поля, на которых позднее, при самостоятельной работе с конспектом, можно сделать дополнительные записи, отметить непонятные места.

Конспект лекции лучше подразделять на пункты, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать вопросы плана лекции, предложенные преподавателям. Следует обращать внимание на акценты, выводы, которые делает лектор, отмечая наиболее важные моменты в лекционном материале замечаниями «важно», «хорошо запомнить» и т.п. Можно делать это и с помощью разноцветных маркеров или ручек, подчеркивая термины и определения.

Целесообразно разработать собственную систему сокращений, аббревиатур и символов. Однако при дальнейшей работе с конспектом символы лучше заменить обычными словами для быстрого зрительного восприятия текста.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

Подготовка к практическим занятиям

Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, выступать и участвовать в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильно выполнять практические задания.

В процессе подготовки к практическим занятиям, необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует правильное отношение к конкретной проблеме.

Рекомендации по работе с литературой

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер, и уловить скрытые вопросы.

Понятно, что умение таким образом работать с текстом приходит далеко не сразу. Наилучший способ научиться выделять главное в тексте, улавливать проблематичный характер утверждений, давать оценку авторской позиции – это сравнительное чтение, в ходе которого Вы знакомитесь с различными мнениями по одному и тому же вопросу, сравниваете весомость и доказательность аргументов сторон и делаете вывод о наибольшей убедительности той или иной позиции.

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса. Другой способ – это ведение тематических тетрадей-конспектов по одной какой-либо теме. Большие специальные работы монографического характера целесообразно конспектировать в отдельных тетрадях. Здесь важно вспомнить, что конспекты пишутся на одной стороне листа, с полями и достаточным для исправления и ремарок межстрочным расстоянием (эти правила соблюдаются для удобства редактирования). Если в конспектах приводятся цитаты, то непременно должно быть дано указание на источник (автор, название, выходные данные, № страницы). Впоследствии эта информация может быть использована при написании текста реферата или другого задания.

7. Оценочные материалы

Оценочные материалы по дисциплине для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся включают в себя примеры оценочных средств (Приложение А к рабочей программе дисциплины), процедуру и критерии оценивания.

8. Перечень учебной литературы и ресурсов сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

8.1. Учебная литература:

1. Психиатрия : национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с.
2. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов, В. Я. Семке, А. С. Тиганов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440179.html>
3. Диагностика психических болезней. Избранные лекции: шизофрения, паранойя, психоз истощения и др.: руководство / Ю. А. Антропов. - Б.м. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 261 с.
4. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 569 с.
5. Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.
6. Психиатрическая история болезни (схема, клиническая оценка, доклад) : учебное пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей / Л.Т. Морозов, Н.В. Говорин, Т.П. Злова, В.В. Ахметова ; ГОУВПО Читинская гос. мед. акад. - Чита : ИИЦ ЧГМА, 2010. - 94 с.
7. Детская психиатрия: учебник / ред. Э. Г. Эйдемиллер. - СПб.: Питер, 2005. - 1120 с.
8. Понятия здоровья и болезни в психиатрии. Предпатологические состояния психической деятельности и предболезненные психические расстройства: учеб. пособие

- / под ред. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 36 с
9. Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.
 10. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: учебное пособие / С.М. Бабин, П.О. Бомов, А.В. Васильева [и др.]. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. — 44 с
 11. Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с
 12. Шизофрения и бредовые расстройства: учеб. пособие / под ред. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 48 с.
 13. Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.
 14. Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.
 15. Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 296 с.
 16. Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.
 17. Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.
 18. Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с
 19. Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.
 20. Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.
 21. Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 296 с.

8.2. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

Наименования ресурса сети «Интернет»	Электронный адрес ресурса
Всемирная Организация Здравоохранения	http://www.who.int/
Информационная и образовательная система для практикующих врачей	http://www.rosmedlib.ru
Российский медицинский портал	http://www.rosmedportal.com
Российское общество психиатров	https://psychiatr.ru/

9. Перечень информационных технологий, используемых для освоения дисциплины, включая перечень программного обеспечения, профессиональных баз данных и информационных справочных систем

9.1. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса:

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Информационные технологии
1	Введение в соматопсихиатрию (основы психосоматической медицины)	размещение учебных материалов в ЭИОС ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, https://sdo.szgmu.ru/course/index.php?categoryid=449
2	Соматогенные и соматоформные расстройства	
3	Ятрогении и нозогенные реакции	

9.2. Перечень программного обеспечения, используемого при осуществлении образовательного процесса (лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение, в том числе отечественного производства):

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов
лицензионное программное обеспечение			
1.	Dr. Web	1 год	Контракт № 175/2022-ЗК
2.	MS Windows 8 MS Windows 8.1 MS Windows 10 MS Windows Server 2012 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2012 R2 Datacenter - 2 Proc MS Windows Server 2016 Datacenter Core	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-О; Государственный контракт № 399/2013-ОА; Государственный контракт № 07/2017-ЭА.
3.	MS Office 2010 MS Office 2013	Неограниченно	Государственный контракт № 30/2013-ОА; Государственный контракт № 399/2013-ОА.
4.	Academic LabVIEW Premium Suite (1 User)	Неограниченно	Государственный контракт № 02/2015
лицензионное программное обеспечение отечественного производства			
1.	Антиплагиат	1 год	Контракт № 5157
2.	«WEBINAR (ВЕБИНАР)» ВЕРСИЯ 3.0	1 год	Контракт № 377/2022-ЭА
3.	«Среда электронного обучения ЗКЛ»	1 год	Контракт № 267/2022-ЭА
4.	TrueConf Enterprise	1 год	Контракт № 373/2022-ЭА
свободно распространяемое программное обеспечение			
1.	Google Chrome	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense

свободно распространяемое программное обеспечение отечественного производства			
1.	Moodle	Неограниченно	Открытое лицензионное соглашение GNU GeneralPublicLicense

9.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем:

№ п/п	Наименование программного продукта	Срок действия лицензии	Документы, подтверждающие право использования программных продуктов
1.	Консультант Плюс	1 год	Контракт № 1067/2021-ЭА
2.	ЭБС «Консультант студента»	1 год	Контракт № 152/2022-ЭА
3.	ЭМБ «Консультант врача»	1 год	Контракт № 307/2021-ЭА
4.	ЭБС «Айбукс.ру/ibooks.ru»	1 год	Контракт № 388/2022-ЭА
5.	ЭБС «IPRBooks»	1 год	Контракт № 387/2022-ЭА
6.	Электронно-библиотечная система «Букап»	1 год	Контракт № 345/2022-ЭА
7.	ЭБС «Издательство Лань»	1 год	Контракт № 311/2022-ЭА
8.	Образовательная платформа ЮРАЙТ	1 год	Контракт № 418/2021-М

10. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит. АЕ (корпус 32), ауд. № 1, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России;

Специализированная мебель: доска (меловая, маркерная); стол преподавателя, стол студенческий двухместный, стул студенческий;

Технические средства обучения: мультимедиа-проектор, экран, ноутбук преподавателя.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации: ГБУ СПб НИИ СП им.И.И. Джанелидзе, 192242, г. Санкт-Петербург, ул. Будапештская, дом 3, лит.А (Договор № 898/2023-ОПП от 27.11.2023)

Помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспеченные доступом к электронной информационно-образовательной среде Университета: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, лит АЕ (корп.32), ауд. № 1, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: г. Санкт-Петербург, Пискаревский проспект, д. 47, каб. 29 ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

(для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся)

Специальность: 31.08.20 Психиатрия

Направленность: Психиатрия

Наименование дисциплины: Соматопсихиатрия

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства
ИД-1 ПК-4.1.	знает симптоматику психических расстройств и расстройств поведения, соматогенных психических расстройств и соматизированных психических расстройств;	Тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет распознавать и диагностировать психические расстройства в сочетании с соматической патологией, соматогенные расстройства и соматизированные заболевания, составлять план лечения выше указанных расстройств;	
	имеет навык вовремя выявлять побочные эффекты медикаментозной терапии психических расстройств и соматических заболеваний и проводить своевременную коррекцию	
ИД-2 ПК-4.2.	знает медикаментозные и немедикаментозные методы лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в сочетании с соматической патологией;	Тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет применять методы медикаментозной и немедикаментозной терапии при лечении психических расстройств и расстройств поведения в сочетании с тяжелой соматической патологией;	
	имеет навык составлять план лечения пациента с учетом клинической картины заболевания психического расстройства и сопутствующей соматической патологии, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	

2. Примеры оценочных средств и критерии оценивания для проведения текущего контроля

2.1. Примеры ситуационных задач.

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

Ситуационная задача № 1. Больной 28 лет, шофер. О себе рассказывает: «С детства был какой-то чудной. Ребята меня не уважали, я их боялся. Когда учился в младших классах, все казалось, что мать у меня умрет. Думал, что если успею досчитать да десяти, пока мать наливает чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе ребята слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. Например: «А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка». Отгоню мысли эти, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, в армии отслужил, там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и

думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена ругается. На работе надо машины ремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно случай был, что стыдно рассказать: поехал я на поезде к себе на дачу, на одной из станций вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

1. Квалифицировать состояние.
2. Требуется ли состояние пациента неотложной госпитализации?
3. Нуждается ли данное состояние дополнительных методов исследований?

Ситуационная задача № 2.

Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что «не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны, насылает на людей порчу». Считает, что он непроизвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых люди умирают в течение суток. Рыдая, говорит о том, что «больше так жить не может и должен уйти из жизни». Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции суда?

Сиротствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации? Если да, то каким критериям?

Какой синдром описан у пациента?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациенту?

Какие лекарственные препараты можно назначить пациенту при оказании неотложной помощи, до осмотра врача-психиатра?

Ситуационная задача № 3

Правоохранительными органами задержан человек, пытавшийся совершить суицид (пытался броситься под автомобиль). Своего имени и адреса проживания не называет «Это неважно», документов, удостоверяющих личность, при себе не имеет. В отделении задержанный утверждает, что «не должен жить»; уверен, что является носителем смертельного вируса, от которого сам умереть не может, но будет «повсюду сеять горе и смерть», будет «оставлен последним живущим человеком на планете - живым гниющим трупом, если что-то сейчас не предпринять». Все сведения больной излагает монотонным, малоэмоциональным голосом, мимика крайне слабая. На консультацию пригласили врача-психиатра, однако мужчина заявил, что категорически отказывается от консультации: «я несколько раз лежал в психушке, не поможет, ещё раз - не поеду». Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач-психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции судьи в данном случае?

Соответствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какой синдром у данного пациента?

Какую позитивную и негативную симптоматику Вы наблюдаете в этом случае

О каком заболевании можно говорить в данном случае?

Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Описание
«отлично»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

2.2. Примеры тем реферата

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Принципы терапии соматогенных расстройств.
2. Психосоматические расстройства - общие признаки и варианты развития.
3. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств.
4. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.
5. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.

Критерии оценки, шкала оценивания реферата

Оценка	Описание
«отлично»	Выполнены все требования к написанию реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению
«хорошо»	Основные требования к реферату выполнены, но при этом допущены недочеты; в частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении
«удовлетворительно»	Имеются существенные отступления от требований к реферированию; в частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, выявлено существенное непонимание проблемы или же реферат не представлен вовсе

2.3. Примеры контрольных вопросов

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Первичная и вторичная профилактика соматогенных расстройств.
 2. Ятрогении и нозогенные реакции.
 3. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний
 4. Общие признаки психосоматических расстройств и варианты их развития. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств.
 5. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.
- Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.

Критерии оценки, шкала оценивания по контрольным вопросам

Оценка	Описание
«отлично»	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок
«хорошо»	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок
«удовлетворительно»	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

2.4. Примеры тестовых заданий:

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

Название вопроса: Вопрос № 1

Клиническими особенностями депрессий истощения являются:

- 1) маскированный характер депрессии на ранних стадиях
- 2) сходство с эндореактивными дистимиями в выраженной стадии
- 3) сходство с апатическим ступором в отдаленных стадиях
- 4) **все перечисленные**

Название вопроса: Вопрос № 2

Вариантами циклотимических депрессий являются:

- 1) тревожная субдепрессия
- 2) фобическая депрессия
- 3) психастеническая депрессия
- 4) **все перечисленные депрессии**

Критерии оценки, шкала оценивания тестовых заданий

Оценка	Описание
«отлично»	Выполнено в полном объеме – 90%-100%
«хорошо»	Выполнено не в полном объеме – 80%-89%
«удовлетворительно»	Выполнено с отклонением – 70%-79%
«неудовлетворительно»	Выполнено частично – 69% и менее правильных ответов

3. Процедура проведения текущего контроля

Текущий контроль успеваемости по дисциплине проводится в форме: решения ситуационных задач, написания реферата, собеседования по контрольным вопросам, тестирования.

4. Примеры оценочных средств и критерии оценивания для проведения промежуточной аттестации

4.1. Примерный перечень контрольных вопросов для подготовки к зачету:

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Соматизированное и ипохондрическое расстройства.
2. Дифференциально-диагностические критерии соматизированной депрессии.
3. Диссоциативно-конверсионные нарушения.
4. Ятрогении и нозогенные реакции.
5. Понятие и варианты внутренней картины болезни.

Критерии оценки, шкала оценивания по контрольным вопросам

Оценка	Описание
«отлично»	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок
«хорошо»	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок
«удовлетворительно»	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

4.2. Примеры ситуационных задач:

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

Ситуационная задача № 1.

Мужчина бежит по улице обнаженный, размахивает кухонным ножом и кричит прохожим: «Подойдите ко мне. Я вам приказываю!». Вызвана бригада скорой психиатрической помощи. Пациент на вопросы отвечает. Называет себя «Богом, деваой Марией и Иисусом-пророком в одном теле, которому блудница Магдалина омывала ноги». Тут же переходит на другую тему: «ноги, ноги - ноги повсюду; по лужам шлёпают, воду разбрызгивают... святую воду, святую воду всем пить надо, чтобы

очиститься». Настоящее имя, место проживания и статус выяснить не удаётся. Мужчина говорит, что на него «снизошла благодать» и он начал «слышать мысли всех окружающих и влиять на них; понял, что является богом». Врач-психиатр принимает решение о недобровольной госпитализации. Пациент отказывается, но физической агрессии не проявляет, ограничиваясь вербальной: «всех прокляну до седьмого колена... колена - разогнуть не сможете... не подходите, я вам приказываю!».

1. Как называются мероприятия, проведенные врачом-психиатром?
2. На основе какого законодательного акта должна быть осуществлена (или должно быть отказано в) недобровольная госпитализация?
3. Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент?
4. Каков ведущий психопатологический синдром?
5. Какой вид нарушения мышления наблюдается у пациента?

Ситуационная задача № 2

В психиатрический стационар скорой помощью доставлена женщина пожилого или старческого возраста. Бригада была вызвана прохожими. Пациентка не могла найти дорогу домой, собственный адрес проживания назвать не сумела. Врачом скорой принято решение о госпитализации. В стационаре при осмотре врача назвала себя «Юлей», не смогла сообщить свой год рождения - только число и месяц. Не может назвать текущую дату; считает, что находится «в поликлинике, на прививках». Говорит, что «вчера ездила в страну, где бороды у мужчин такие большие, что они их перед собой на тачках возят». Подписала добровольное согласие на лечение и госпитализацию, данное врачом больницы. В настоящее время находится на отделении, ведёт себя неконфликтно, с аппетитом ест ужин.

1. Правильны ли действия врача скорой психиатрической помощи?
2. Правильны ли действия врача больницы?
3. О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?
4. Каков ведущий психопатологический синдром?
5. Какой вид нарушения памяти наблюдается у больной? *(на примере выделенного курсивом)*

Ситуационная задача № 3.

Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что «не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны, насылает на людей порчу». Считает, что он произвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых люди умирают в течение суток. Рыдая, говорит о том, что «больше так жить не может и должен уйти из жизни». Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

1. Может ли врач психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции суда?
2. Сиротствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации? Если да, то каким критериям?
3. Какой синдром описан у пациента?
4. Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациенту?

5. Какие лекарственные препараты можно назначить пациенту при оказании неотложной помощи, до осмотра врача-психиатра?

Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Описание
«отлично»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

Критерии оценки, шкала итогового оценивания (зачет)

Оценка	Описание
«зачтено»	Демонстрирует полное понимание проблемы. Знает основные понятия в рамках обсуждаемого вопроса, методы изучения и их взаимосвязь между собой, практические проблемы и имеет представление о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
«не зачтено»	Демонстрирует непонимание проблемы. Не знает основные понятия, методы изучения, в рамках обсуждаемого вопроса не имеет представления об основных практических проблемах

5. Процедура проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета. Зачет включает в себя: собеседование по контрольным вопросам, решение ситуационных задач.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

(для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся)

Специальность: 31.08.20 Психиатрия

Направленность: Психиатрия

Наименование дисциплины: Соматопсихиатрия

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства
ИД-1 ПК-4.1.	знает симптоматику психических расстройств и расстройств поведения, соматогенных психических расстройств и соматизированных психических расстройств;	Тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет распознавать и диагностировать психические расстройства в сочетании с соматической патологией, соматогенные расстройства и соматизированные заболевания, составлять план лечения выше указанных расстройств;	
	имеет навык вовремя выявлять побочные эффекты медикаментозной терапии психических расстройств и соматических заболеваний и проводить своевременную коррекцию	
ИД-2 ПК-4.2.	знает медикаментозные и немедикаментозные методы лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в сочетании с соматической патологией;	Тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, реферат
	умеет применять методы медикаментозной и немедикаментозной терапии при лечении психических расстройств и расстройств поведения в сочетании с тяжелой соматической патологией;	
	имеет навык составлять план лечения пациента с учетом клинической картины заболевания психического расстройства и сопутствующей соматической патологии, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	

Код индикатора достижения компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня оценочных материалов
ИД-1 ПК-4.1.	знает симптоматику психических расстройств и расстройств поведения, соматогенных психических расстройств и соматизированных психических расстройств; умеет распознавать и диагностировать психические расстройства в сочетании с соматической патологией, соматогенные расстройства и соматизированные заболевания, составлять план лечения выше указанных расстройств; имеет навык вовремя выявлять побочные эффекты медикаментозной терапии психических расстройств и соматических заболеваний и проводить своевременную коррекцию	Тестовые задания	2.4
		Контрольные вопросы	2.3
		Ситуационные задачи	2.1
		Реферат	2.2

ИД-2 ПК-4.2.	знает медикаментозные и немедикаментозные методы лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в сочетании с соматической патологией; умеет применять методы медикаментозной и немедикаментозной терапии при лечении психических расстройств и расстройств поведения в сочетании с тяжелой соматической патологией; имеет навык составлять план лечения пациента с учетом клинической картины заболевания психического расстройства и сопутствующей соматической патологии, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Тестовые задания	2.4
		Контрольные вопросы	2.3
		Ситуационные задачи	2.1
		Реферат	2.2

2. Оценочные средства и критерии оценивания для проведения текущего контроля

2.1. Ситуационные задачи

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

Ситуационная задача № 1. Больной 28 лет, шофер. О себе рассказывает: «С детства был какой-то чудной. Ребята меня не уважали, я их боялся. Когда учился в младших классах, все казалось, что мать у меня умрет. Думал, что если успею досчитать да десяти, пока мать наливает чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе ребята слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. Например: «А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка». Отгоню мысли эти, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, в армии отслужил, там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена ругается. На работе надо машины ремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно случай был, что стыдно рассказать: поехал я на поезде к себе на дачу, на одной из станций вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

4. Квалифицировать состояние.

5. Требуется ли состояние пациента неотложной госпитализации?

6. Нуждается ли данное состояние дополнительных методов исследований?

Ситуационная задача № 2.

Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что «не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны, насылает на людей порчу». Считает, что он произвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых люди умирают в течение суток. Рыдая, говорит о том, что «больше так жить не может и должен уйти из жизни». Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции суда?

Сиротствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации? Если да, то каким критериям?

Какой синдром описан у пациента?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациенту?

Какие лекарственные препараты можно назначить пациенту при оказании неотложной помощи, до осмотра врача-психиатра?

Ситуационная задача № 3

Правоохранительными органами задержан человек, пытавшийся совершить суицид (пытался броситься под автомобиль). Своего имени и адреса проживания не называет «Это неважно», документов, удостоверяющих личность, при себе не имеет. В отделении задержанный утверждает, что «не должен жить»; уверен, что является носителем смертельного вируса, от которого сам умереть не может, но будет «повсюду сеять горе и смерть», будет «оставлен последним живущим человеком на планете - живым гниющим трупом, если что-то сейчас не предпринять». Все сведения больной излагает монотонным, малоэмоциональным голосом, мимика крайне слабая. На консультацию пригласили врача-психиатра, однако мужчина заявил, что категорически отказывается от консультации: «я несколько раз лежал в психушке, не поможет, ещё раз - не поеду». Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач-психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции судьи в данном случае?

Соответствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какой синдром у данного пациента?

Какую позитивную и негативную симптоматику Вы наблюдаете в этом случае

О каком заболевании можно говорить в данном случае?

Ситуационная задача № 4

Больной С., 34 года, электрослесарь. В состоянии опьянения получил ожоги II–III степени 25–30% поверхности тела пламенем вольтовой дуги. В тяжелом состоянии доставлен в ожоговое отделение городской больницы, где проведена энергичная противошоковая терапия. Через 6 дней развились явления отека верхних дыхательных путей. Проводилась дегидратационная терапия. Через 8 дней появились психотические нарушения. Был осмотрен психиатром. Большая часть тела покрыта гнойными гнойными корками с отделяемым.

Температура тела 38,7; АД 140/80 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин 14,2%, лейкоцитов 12 800, э 2%, н 22%, с 63%, лимф 6%, моноциты 7%, СОЭ 52 мм в час. Общий белок сыворотки 6,6%. Нормальный диурез, в моче следы белка. Остаточный азот 46 мг%.

Психическое состояние: больной возбужден, беспокойно ворочается в постели, пытается встать, бежать, иногда громко кричит. Дезориентирован во времени, не понимает, что

находится в больнице. Правильно называет свои паспортные данные. Постоянно что-то ловит руками в воздухе, отмахивается, срывает с себя повязки. Морщась от боли, то просит, чтобы его не убивали, чтобы сняли повязки с рук и забрали деньги, то ложится на руки, никому не давая до них дотронуться. Видит и слышит знакомых, называет их по имени, просит не обижать его. Пытался выскочить в окно, увидев убийц, грабителей, которые хотели задушить его бинтами. На четвертый день возбуждение несколько уменьшилось. Температура тела до 38,3° С. Оставался суетливым в пределах постели, эпизодически озирается, что-то шепчет. Большинство вопросов врача оставил без ответов. При перевязке сопротивления не оказывал, стонал. Еще через два дня начал узнавать близких, но разговаривал мало, быстро истощался, замолкал. Большую часть времени дремал, иногда что-то бормоча и вскрикивая.

- 1) Предположительный диагноз психического расстройства?
- 2) Ведущий синдром?
- 3) Какие психотропные препараты из какой группы можно было бы назначить пациенту для купирования психомоторного возбуждения?
- 4) Нуждается ли пациент в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?
- 5) С какими заболеваниями и синдромами нужно провести дифференциальную диагностику?

Ситуационная задача № 5

Больной Н., 52 года, дальнобойщик. По характеру властный, упрямый, энергичный, мнительный и непримирим в суждениях. Многие годы Н. раздумывал о более быстрой разгрузке машин. Дома в свободное время пытался чертить схемы, делать расчеты, но «не хватало знаний, хотя принцип был решен». Обращался «со своим методом» в различные инстанции сначала на работе, затем в городские, чтобы «выдали денег на нужное мне оборудование». Отказы не смущали его; снимал по 30–40 копий со своих схем и расчетов и рассылал по научным учреждениям страны, по научным и научно-популярным журналам. Получаемые отзывы считал необъективными, снимал заверенные копии, пересылал их в административные органы «для восстановления справедливости». Убежденно рассказывает врачу о консерватизме начальства, зависти заинтересованных лиц, обещает «добиться справедливости», «добраться до справедливого решения», советует, куда бы еще написать, собирается ехать в Москву и «пробить свой принцип», «доказать всем, что он не больной», «принести тысячную выгоду государству». Последнее время стал раздражительным, плохо спит, большую часть времени уделяет разбору бумаг, конфликтует в семье.

- 1) Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?
- 2) Предположительный диагноз психического расстройства?
- 3) С какими заболеваниями стоит дифференцировать данное состояние?
- 4) Ведущий психопатологический синдром?
- 5) Возможна ли госпитализация данного пациента в недобровольном порядке?

Ситуационная задача № 6

Больной 28 лет, слесарь. О себе рассказывает, что с детства был каким-то чудным. «Детей в школе сторонился. Когда учился в младших классах, все казалось, что моя мать умрет. Думал, что если я постучу пальцем по дереву пока мама наливает мне чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня нападут другие дети. Портфель держал пряжкой внутрь, это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе все ребята сидят, слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. К примеру: “А что было бы, если бы за самый

хороший ответ ставили единицу, а плохой отметкой была бы пятерка». Отгону эти мысли, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно было учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, получил специальность в техникуме. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупости одолевать, только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена, ругается. На работе надо машину отремонтировать, а я гаечные ключи симметрично раскладываю. Недавно такой случай был, что стыдно рассказывать: поехал я на поезде на дачу, на одной станции вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило- вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

- 1) Требуется ли состояние пациента недобровольной госпитализации?
- 2) Какие дополнительные методы исследования нужно назначить пациенту?
- 3) Предварительный диагноз?
- 4) Какой синдром описан в данном случае?
- 5) Какой основной метод лечения показан данному пациенту?

Ситуационная задача № 7

Девушка 20 лет, доставлена в психиатрическое отделение. Анамнез. Единственный ребенок, хорошо училась в школе и никогда не приносила никаких неприятностей своей матери. Хорошо вела себя. Была угодлива, доброжелательна и рада доставить удовольствие кому угодно. В 16 лет хотела учиться дальше, для этого нужно было переехать далеко от дома, и матери это не понравилось, поэтому стала работать в супермаркете. Старалась выполнять работу наилучшим образом, никогда не жаловалась на сверхурочную работу. Её уважали как надежного работника, неоднократно выдвигали на повышение, но она отказывалась. Нравилось гулять с друзьями, но, чувствуя ответственность перед матерью, проводила большую часть вечеров с ней. Мать с гордостью говорила соседям, что ее дочь «хорошая девочка». В возрасте 20 лет у пациентки произошла первая ссора с матерью, которая категорически возражала против ее встреч с молодым человеком. Когда мать сказала, что она должна будет уйти из дома, если будет продолжать встречаться с «этим», больная упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились тонические судороги в руках, которые продолжались 5 минут и сменились клоническими судорогами всего тела, без прикуса языка, самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены. Весь припадок длился 15 минут.

- 1) Что должен сделать врач в данной ситуации
- 2) Требуется ли госпитализация в данном случае?
- 3) Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
- 4) Дифференциальная диагностика данного состояния?
- 5) Предположительный диагноз?

Ситуационная задача № 8

Больной В., 20 лет. Родился в обеспеченной семье. Воспитывался исключительно в женской среде (мать, бабушка), в условиях гиперопеки. Общения с детьми не было, все время проводил дома среди массы игрушек, книг. Самостоятельно вышел на улицу в 12 лет. Умерли мать и бабушка больного, отец уехал в длительную командировку. Мальчик остался на попечении тети. Некоторое время он учился дома, в 13 лет поступил в школу. Учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде адаптировался плохо. Среди школьников слыл чудаком. Его раздражали разговоры мальчиков, их

шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смутили появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвидировать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных. Думал, что они его обидят. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Мечтает стать большим ученым — академиком. Думает овладеть двумя специальностями — астрофизикой и математикой. Любит вести беседы с взрослыми на сугубо научные темы. Интеллект высокий. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и одевается.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какие нарушения мышления описаны в задаче?
- 3) Можно ли госпитализировать данного пациента недобровольно в психиатрический стационар?
- 4) Достаточно ли согласия матери для госпитализации в психиатрический стационар?
- 5) Какие дополнительные методы обследования нужно провести пациенту?

Ситуационная задача № 9

Больная А., 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, повышено интересуется своим здоровьем. В диспансер обратилась больная с жалобами на то, что ее после общения с подружкой, перенесшей операцию, преследует мысль о раке молочной железы. Онколог патологии не обнаружил. Понимая, что причин для беспокойств нет, не может заставить себя не думать об этом. Последнее время похудела, быстро устает, жалуется на бессонницу, тревогу, раздражительность, плохой аппетит. Считает себя психически больной. Просит о помощи.

- 1) Требуется ли госпитализация в стационар в данной ситуации?
- 2) Квалифицируйте синдром?
- 3) Сформулируйте предположительный диагноз
- 4) С какими состояниями стоит дифференцировать данное состояние?
- 5) Требуется ли рекомендовать данной пациентке диспансерное наблюдение психиатра ПНД?

Ситуационная задача № 10

32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились *ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования*. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее *состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне*. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какой-либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего,

что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какая группа симптомов описана в задаче (выделена курсивом)?
- 3) Какой основной метод лечения показан данному пациенту?
- 4) Соответствует ли данный пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 5) Какие дополнительные методы исследования нужно назначить данному пациенту?

Ситуационная задача № 11

Пациентка С. 26 лет, направлена на экспериментально-психологическое обследование в связи с прохождением медико-социальной экспертизы. Охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает откровенно. Вначале выражение лица печальное, сосредоточенное, по мере выстраивания контакта настроение пациентки повышается. Доброжелательна, заинтересована в разговоре, с благодарностью принимает внимание, радуется одобрению. Темп деятельности медленный. Речь крайне затруднена: отягощена заиканием, усиливающимся при психоэмоциональном напряжении, к словам прибавляет лишний слог. В письменной речи обращает на себя внимание понятный, аккуратный почерк и лёгкая дисграфия. Мимика и пантомимика скудные.

Ориентирована на успех. Старательна. Стремится исправить свои ошибки. Инструкции понимает легко и удерживает. В связи с выраженным нарушением устной речи на некоторые вопросы пациентке предлагалось отвечать письменно. После 40 минут работы ощущает усталость. Отмечает, что после занятия голова болит сильнее. У пациентки отмечается умеренная общительность, эмоциональная неустойчивость, благоразумие, сдержанность, осторожность, высокую нормативность поведения, робость и скромность, мягкость и чувствительность, развитую подозрительность, высокую тревожность, напряжённость и беспокойство. Светлана признаётся, что хотела бы работать, но боится, что будет уставать и на фоне истощения «психовать», «а это никому не нравится».

1. С помощью каких методов Вы могли бы исследовать вербальный интеллект у данной пациентки?
2. С помощью каких методов Вы могли бы исследовать невербальный интеллект у данной пациентки?
3. Какие черты характера в сфере межличностных отношений свойственны данной пациентке?
4. Нуждается ли пациента в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?
5. Нуждается ли пациентка в госпитализации в психиатрический стационар?

Ситуационная задача № 12

Пациент М., 27 лет. Проходит экспериментально-психологическое обследование. Во время беседы замкнут, погружён в себя, смотрит вниз, редко в глаза собеседника. Выглядит печальным и тревожным. Долго собирается перед ответом на вопрос, шевелит губами, потом коротко отвечает. Наблюдается олигофазия: смысла многих слов не понимает, речь интонационно однообразная. Информацию о себе даёт крайне скудную: в рамках формальных тем. Выражение лица застывшее, удивлённое. Пантомимика практически отсутствует. Сильно оживляется, когда рассказывает о своих увлечениях: мультфильмах («Том и Джерри») и компьютерных играх («Черепашки-ниндзя») — выпрямляется, широко улыбается, кивает головой, появляется вычурная пантомимика — веером разводит пальцы и трёт их друг о друга. Тот же эффект возникает, когда показывает рисунки, которые нарисовал сам.

Простые инструкции понимает и удерживает, инструкции из нескольких условий - уже нет. В работе старателен. Однако ошибкам и неудачам предаёт малое значение, легко находит успокаивающие слова для себя. К себе не критичен: в будущем предполагает стать художником

Родители описывают М., как тревожного и чувствительного человека, сконцентрированного на своём здоровье, склонного к страхам. Большую часть времени с М. проводит тяжело больная бабушка, к которой пациент очень сильно привязан. По её просьбе он выполняет несложную домашнюю работу. Сам свой день не организует, по улице самостоятельно не передвигается, обязанностей по дому не имеет.

- 1) Какие сферы психики нарушены у данного пациента?
- 2) С помощью каких методов Вы могли бы исследовать вербальный интеллект у данной пациентки?
- 3) С помощью каких методов Вы могли бы исследовать невербальный интеллект у данной пациентки?
- 4) Какой уровень IQ можно предположить у данного пациента?
- 5) Нуждается ли пациент в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?

Ситуационная задача № 12

Пациент А. 55 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец пациента страдал гипертонической болезнью, умер от инфаркта миокарда. Пациент по характеру целеустремленный, энергичный. В семье поощрялись лидерские качества. В школе учился хорошо, расстраивался, если получал плохие оценки. Всегда предъявлял к себе и окружающим высокие требования. Получил два высших образования. В настоящее время работает на руководящей должности. Ведя свой бизнес, был тороплив, нетерпелив, стремился во всём быть «перфекционистом», но, чтобы всё сделать идеально не хватало времени. Близким людям нередко говорил о своей профессиональной нереализованности, множестве невоплощенных планов. Нередко отмечались перепады настроения: бывал мрачным без видимой причины, мог накричать на подчинённых. Сниженное настроение могло внезапно смениться весёлостью. Несколько лет страдает ишемической болезнью сердца. У терапевта наблюдался нерегулярно, препараты принимал время от времени. Год назад после смерти матери, а также на фоне сложной ситуации на работе перенёс инфаркт миокарда. После периода реабилитации стал ещё более ответственно относиться к работе. Коллеги отмечают, что стал даже более активным, чем до болезни. Несмотря на тяжесть заболевания, стремится продолжать работу. Избирательно относится к обследованию и лечению, рекомендации врачей выполняет не всегда. Стремится, во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

- 1) Какое психическое расстройство можно предположить у данного пациента?
- 2) Какие личностные черты могли привести к формированию заболевания у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Необходимо ли назначить данному пациенту медикаментозные препараты из группы психотропных?
- 5) Какие психотерапевтические мероприятия вы бы рекомендовали для данного пациента?

Ситуационная задача № 13

Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на

ногах. Работает строителем 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Прекратил работать. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены. Во время беседы пациент выглядит удрученным, сидит с низко опущенной головой. Говорит о неверии в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Настроение снижено, «кому я нужен больной, у семьи на шее сидеть буду...». В целом настроен пессимистично, не верит в успех лечения.

- 1) Какие аспекты влияния заболевания на психику пациента можно выделить?
- 2) Какие факторы влияют на формирование внутренней картины болезни у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Ваша тактика как врача первичного звена?
- 5) Какие медикаментозные и психотерапевтические мероприятия можно рекомендовать данному пациенту?

Ситуационная задача № 14

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. По характеру пациентка всегда была недоверчивой, подозрительной, часто вступала в конфликты с коллегами по работе, считала, что те «завидуют ей». Проживает одна, детей и близких родственников нет. На приеме у врача высказывает уверенность в том, что её заболевание – результат злого умысла коллег с её бывшей работы. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к назначаемым обследованиям. Сомневается в компетентности врачей. Говорит о том, что «найдет виноватых, они за всё ответят».

- 1) Какое психическое заболевание можно предположить у данной пациентки?
- 2) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 3) Какие личностные черты повлияли на формирование данного типа отношения к болезни?
- 4) Нуждается ли пациента в госпитализации в психиатрический стационар?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении психотропных препаратов?

Ситуационная задача № 15

Пациент М., 30 лет. Злоупотребляет алкоголем на протяжении нескольких лет. Обратился за психотерапевтической помощью. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Злоупотребление алкоголем связывает с фрустрирующей ситуацией «крушения надежд». После службы в армии «вынужден» был жениться на женщине, которая сообщила о беременности в позднем сроке. Считает, что с браком «рухнули все планы на будущее», предъявляет к себе высокие требования по содержанию семьи, употребление алкоголя помогает «отвлечься от проблем, необходимости их решения». Отмечает позитивные и негативные стороны употребления - «забываешь о проблемах», избавляет от депрессии, «освобождает голову», освобождает от чувства долга по отношению к семье; мешает самореализоваться, усиливает депрессию, увеличивает проблемы, разрушает семью. У пациента отмечена противоречивость в высказываниях и

поведении, например потребность в заботе со стороны родителей и конфликтное поведение с ними, направленное на сепарацию и желание быть «свободным». Пациент может обозначить внешние провоцирующие ситуации на употребление алкоголя, такие как недовольство жены, по поводу выполнения им супружеских обязанностей, особенно в ситуации, когда пациент считает, что усилием воли проявлял заботу о семье, ситуации, когда родители звонят, интересуются делами, воспринимаются пациентом, как, контроль за поведением и лишение возможности самостоятельно делать выбор. Внутренние провоцирующие переживания – не готовность к ответственной семейной жизни, крушение надежд, одиночество, не возможность реализовывать намеченные ранее планы, сопровождающиеся «кручиной».

- 1) Какое заболевание можно предположить у данного пациента?
- 2) Какие личностные черты могли привести к формированию заболевания у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Какие виды психотерапии показаны данному пациенту?
- 5) Показано ли медикаментозное лечение данному пациенту?

Ситуационная задача № 16

Пациентка С., 30 лет. По характеру впечатлительная, внушаемая, ответственная. Обратилась к хирургу с жалобами на боли в области правого коленного сустава, возникающие при физических нагрузках. 2 года назад во время похода в горы получила травму колена, возникли сильные боли, которые были купированы обезболивающими препаратами. В последующем симптомы исчезли, за медицинской помощью не обращалась. За последние 2 месяца вновь появились сильные боли. Во время приёма врач торопился, осмотр проводил бегло. Без проведения дополнительных обследований выставил диагноз: Деформирующий артроз 1 степени, горизонтальный разрыв мениска, тонкий разрыв ПКС, теносиновит, синдром гипермобильности суставов по шкале Бейтона 9 из 10. При этом врач сказал пациентке о том, что прогноз её заболевания неблагоприятный, заболевание будет быстро прогрессировать и вскоре необходимо будет протезировать коленный сустав. Были даны рекомендации по приёму дорогостоящих препаратов и рекомендована операция по удалению мениска. После визита к врачу пациентка отметила резкое снижение настроения. Стала искать в интернете информацию о своём заболевании, «убедилась в том, что скоро её ждёт инвалидное кресло», стала подавленной. Ничего не хотелось делать. В воображении рисовала себе картины безрадостного будущего, полной обездвиженности и беспомощности. По настоянию друзей обратилась к другому хирургу. Было проведено МРТ-исследование коленного сустава. Врач беседовал с пациенткой доброжелательно, подробно отвечая на все её вопросы. Диагноз «разрыв ПКС, синдром гипермобильности суставов» был опровергнут. Рекомендована артроскопическая операция по удалению мениска. После посещения второго специалиста настроение пациентки повысилось, «появилась надежда». Через несколько недель была проведена успешная операция. После периода восстановления болевой синдром полностью купировался, состояние было удовлетворительным.

- 1) Какие ошибки во взаимодействии с пациентом были допущены первым специалистом?
- 2) Как называется данное последствие нарушения взаимодействия «врач-пациент»?
- 3) Какие личностные черты пациентки повлияли на развитие данного состояния?
- 4) Какие ещё последствия нарушения взаимодействия «врач-пациент» Вы знаете?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении психотропных препаратов?

Ситуационная задача № 17

Мужчина, 27 лет. Обратился за консультацией психолога. Работает неврологом в городской поликлинике. Ответственный, исполнительный. Во время учёбы в медицинском университете был старательным студентом, мечтал помогать людям, приносить пользу. По характеру всегда был спокойным, старался избегать конфликтов. Никогда не имел много друзей, избегал шумных компаний, предпочитал проводить время за компьютером. Увлекался чтением фантастической литературы, иногда сам сочинял рассказы на фантастические темы. На старших курсах колебался в выборе будущей специальности между психиатрией и неврологией. В итоге выбрал неврологию и, ещё будучи студентом, начал изучать зарубежную литературу, интересоваться данными новейших исследований в сфере неврологии. После окончания ординатуры пытался работать в частной клинике. Однако ушёл оттуда из-за сложных взаимоотношений с коллегами и «несправедливого распределения заработной платы». Устроился в поликлинику. Работая на ставку врача невролога, выполняет работу в гораздо большем объёме, чем регламентировано должностными инструкциями в связи с отсутствием в штате второго врача невролога. Столкнулся с низкой заработной платой и неудовлетворительными условиями труда. Финансовые сложности переживает особо остро, так как вынужден помогать родителям, находящимся на пенсии. Своей семьи не имеет, женат не был. В последнее время стал замечать, что быстро устаёт на работе. Стало возникать чувство бессмысленности, ненужности выполняемой работы. Настроение часто снижено. Если раньше было стремление разбираться со «сложными» пациентами, подбирать современные способы терапии, то теперь выполняет свои обязанности формально. К концу рабочей недели ощущает усталость и опустошение. Выходные проводит один дома. Нередко возникает желание принять алкоголь. Говорит о том, что «разочаровался в неврологии», современные книги, которые изучал, оказываются «никому не нужны». Задумывается о переезде в другой город, но останавливают финансовые сложности и мысль о том, что «переезд ничего не решит, будет всё то же самое».

- 1) Как Вы можете охарактеризовать состояние клиента?
- 2) Какие объективные факторы привели к формированию данного состояния?
- 3) Какие личностные факторы способствовали формированию данного состояния?
- 4) Какие профессии предрасполагают к развитию данного состояния?
- 5) Какие психотерапевтические мероприятия можно рекомендовать пациенту?

Ситуационная задача № 18

Пациентка Т., 45 лет. По характеру добрая, спокойная, всегда стремилась «всем помогать». В последние годы отмечает серьёзные проблемы в семейной жизни. Несколько месяцев назад установлен диагноз Рак яичников. Выявлены метастазы в лимфоузлы. Однако родственники пациентки отмечают активное отбрасывание ею всех мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Стала говорить близким, что «наверное в анализах произошла ошибка», имеющиеся симптомы списывает на проявления других менее серьезных заболеваний. Отказывается от лечения, стремится «разобраться самой» и «обойтись своими средствами», надеется на то, что «само все обойдется».

- 1) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 2) В чём опасность данного типа отношения к болезни?
- 3) Ваша тактика в отношении пациентки как врача первичного звена?
- 4) Необходимо ли назначить данной пациентке медикаментозные препараты из группы психотропных?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении диспансерного наблюдения врача-психиатра ПНД?

Ситуационная задача № 19

Больной К., 37 лет. Отец алкоголик, замерз пьяный. Мать умерла от рака. Рос и развивался нормально. Окончил 8 классов и техникум. Учился посредственно, много времени проводил на улице. По характеру вспыльчив, обидчив. Со спиртным познакомился в 12 лет, в компании отца. Учась в техникуме, часто употреблял спиртное. Через год утратил рвотный рефлекс. С 24 лет опохмеляется. В последние 5 лет - запои по 20—25 дней с перерывами по 2—3 дня. Абстиненция с каждым годом протекала все тяжелее. В опьянении стал злобен, раздражителен, нередко амнезировал его. Из-за частых пьянок совершал прогулы, получал выговоры, часто менял места работы, выполняя все менее квалифицированную работу. В семье стал невыносим, конфликтовал, избивал жену и детей, продавал вещи.

Две недели не выходил на работу, пил. За 3 дня до госпитализации нарушился сон. Вечером услышал мужской голос: «пьяница», «свинья», «подлец», «разорил семью», появилась тревога. Назавтра услышал, что за окном двое мужчин говорят о нем, называют по имени, приглашают выпить, бранят. Позже «голоса» разделились: одни обвиняли, угрожали расправой, другие пытались защитит. Бегал по улице, просил помочь ему, прятался у соседей. Бригадой «скорой помощи» доставлен в психиатрическую больницу. При поступлении тревожен, подозрителен. Ориентирован полностью. Испытывает страх. Просил, чтобы его спасли, не дали убить. «Голоса» принимает за реальные, объясняет их тем, что «сговорились», «завистники мстят ему», пытаются навредить. Постоянно слышит мужские голоса, раздающиеся из соседней комнаты, из-за стены; реже женские, которые тоже бранят, «обзывают пропойцей, развратником». В ходе беседы постоянно прислушивается, замолкает, начинает отвечать «голосам» требует «прекратить безобразия».

- 1) Определить синдром послуживший причиной госпитализации?
- 2) Какая стадия алкоголизма описана в данной задаче?
- 3) Какие факторы можно отнести к предрасполагающим к развитию данного заболевания?
- 4) Определите тактику лечения данного пациента.
- 5) Каков прогноз данного заболевания?

Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Описание
«отлично»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

2.2. Темы реферата

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Принципы терапии соматогенных расстройств.
2. Психосоматические расстройства - общие признаки и варианты развития.
3. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств.
4. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.
5. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.
6. Первичная и вторичная профилактика соматогенных расстройств.
7. Ятрогении и нозогенные реакции.
8. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств.
Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.
9. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний (Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония); ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз).
10. Общие критерии соматогенных (в том числе органических) психических расстройств.
11. Роль психиатра в терапевтическом ведении соматических больных с психическими нарушениями.
12. Клинические варианты соматоформных расстройств. Понятие соматоформной вегетативной дисфункции.
13. Понятие и варианты внутренней картины болезни.
14. Дезадаптивные личностные реакции на болезнь
15. Задачи психиатрического консультирования соматического больного.

Критерии оценки, шкала оценивания реферата

Оценка	Описание
«отлично»	Выполнены все требования к написанию реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы
«хорошо»	Основные требования к реферату выполнены, но при этом допущены недочеты; в частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы
«удовлетворительно»	Имеются существенные отступления от требований к реферированию; в частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, выявлено существенное непонимание проблемы или же реферат не представлен вовсе

2.3. Контрольные вопросы

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Определение соматопсихиатрии. Общая характеристика соматогенных психических расстройств

2. Эпидемиология психосоматических расстройств
3. Механизмы формирования психосоматических расстройств.
4. Нозогенные расстройства – патологические личностные реакции на психотравмирующий факт болезни и ее последствий.
5. Особенности соматической патологии при шизофрении.
6. Небредовая ипохондрия (психопатологическая модель, ипохондрические развития при соматических заболеваниях)
7. Соматопсихоз (ипохондрический тревожный психоз).
8. Общие критерии соматогенных (в том числе органических) психических расстройств.
9. Депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях.
10. Дифференциально-диагностические критерии соматизированной депрессии.
11. Депрессии при онкологической патологии
12. Психические расстройства в неврологической практике.
13. Диссоциативно-конверсионные нарушения.
14. Психотропные средства в общей медицинской практике.
15. Психические расстройства в гастроэнтерологии.
16. Психические расстройства в онкологической практике.

Критерии оценки, шкала оценивания по контрольным вопросам

Оценка	Описание
«отлично»	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок
«хорошо»	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок
«удовлетворительно»	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

2.4. Тестовые задания:

Название вопроса: Вопрос № 1

Клиническими особенностями депрессий истощения являются:

- 5) маскированный характер депрессии на ранних стадиях
- 6) сходство с эндореактивными дистимиями в выраженной стадии
- 7) сходство с апатическим ступором в отдаленных стадиях
- 8) **все перечисленные**

Название вопроса: Вопрос № 2

Вариантами циклотимических депрессий являются:

- 5) тревожная субдепрессия
- 6) фобическая депрессия
- 7) психастеническая депрессия
- 8) **все перечисленные депрессии**

Название вопроса: Вопрос № 3

Не представляют суицидальной опасности:

- 1) депрессии с фобиями
- 2) ступорозные депрессии
- 3) массивные апатические депрессии без суточных колебаний
- 4) **все перечисленные депрессии**

Название вопроса: Вопрос № 4

Всегда являются суицидоопасными:

- 1) ироническая депрессия
- 2) дисфорическая депрессия
- 3) апатическая депрессия
- 4) все перечисленные депрессии
- 5) **ни одна из перечисленных депрессий**

Название вопроса: Вопрос № 5

К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме:

Всегда являются суицидоопасными:

- 1) ироническая депрессия
- 2) дисфорическая депрессия
- 3) апатическая депрессия
- 4) все перечисленные депрессии
- 5) **ступорозных депрессий**

Название вопроса: Вопрос № 6

Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама) включают:

- 1) эндогенные резистентные депрессии
- 2) атипичный циркулярный психоз на резидуально-органической почве
- 3) шизофрению на органически неполноценной почве
- 4) **все перечисленное**

Название вопроса: Вопрос № 7

Психостимуляторы показаны при лечении:

- 1) невротических расстройств
- 2) невротоподобных расстройств
- 3) астенических расстройств с вялостью, снижением работоспособности
- 4) **всего перечисленного**

Название вопроса: Вопрос № 8

К соматическим признакам депрессий могут относиться

- 1) повышение веса
- 2) отсутствие аппетита
- 3) постарение
- 4) все перечисленное
- 5) **ничего из перечисленного**

Название вопроса: Вопрос № 9

Психические нарушения при гипертонической болезни возникают

- 1) при развитии сердечной декомпенсации
- 2) при присоединении инфекционных и соматических заболеваний
- 3) при развитии инсульта
- 4) во всех перечисленных случаях**
- 5) ни при одном из перечисленных случаев

Название вопроса: Вопрос № 10

В начальном периоде тромбангиита наблюдаются

- 1) пароксизмальные головные боли
- 2) пароксизмальные головокружения
- 3) эпилептиформные пароксизмы
- 4) все перечисленное**
- 5) верно а) и в)

Название вопроса: Вопрос № 11

При тромбангиитической болезни возникающие психозы могут быть

- 1) острыми
- 2) подострыми
- 3) хроническими
- 4) любыми из перечисленных**
- 5) все перечисленное неверно

Название вопроса: Вопрос № 12

К соматическим признакам депрессии относятся

- 1) запоры
- 2) дисменоррея
- 3) похудание
- 4) все перечисленное**
- 5) ничего из перечисленного

Название вопроса: Вопрос № 13

К соматическим признакам депрессий могут относиться

- 1) повышение веса
- 2) отсутствие аппетита
- 3) постарение
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного**

Название вопроса: Вопрос № 14

Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии

- 1) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
- 2) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента dolorosa
- 3) депрессивный ступор
- 4) все перечисленные
- 5) ни один из перечисленных**

Название вопроса: Вопрос № 15

Для клиники циклотимии характерно все перечисленное, кроме

- 1) принципиальной близости психопатологических проявлений с проявлениями маниакально-депрессивного психоза
- 2) амбулаторного характера проявлений
- 3) фазности течения
- 4) периодичности течения
- 5) **усложнения структуры фаз на поздних стадиях течения**

Название вопроса: Вопрос № 16

Вариантами циклотимических депрессий являются

- 1) тревожная субдепрессия
- 2) фобическая депрессия
- 3) психастеническая депрессия
- 4) **все перечисленные депрессии**
- 5) ни одна из перечисленных депрессий

Название вопроса: Вопрос № 17

Основной характеристикой ларвированных депрессий является все перечисленное, исключая

- 1) **выраженность аффективного компонента**
- 2) выраженность проявлений разнообразных масок
- 3) малую интенсивность аффективного компонента
- 4) отсутствие аффективного компонента
- 5) частое наличие соматических признаков депрессии

Название вопроса: Вопрос № 18

Диагноз ларвированных депрессий можно поставить на основании всего перечисленного, кроме

- 1) сезонной зависимости развития ларвированного состояния
- 2) периодичности
- 3) наличия расстройства сна
- 4) раздражительности
- 5) **гипермнезии**

Название вопроса: Вопрос № 19

При соматических вариантах ларвированных депрессий наблюдается все перечисленное, кроме

- 1) **типичной имитации картины соматического заболевания**
- 2) необычности клинической картины, локализации, времени появления признаков соматического заболевания
- 3) безуспешности обычной терапии
- 4) неэффективности обычных методов диагностики
- 5) постепенного выявления аффективного радикала

Название вопроса: Вопрос № 20

Для агрипнического варианта ларвированных депрессий характерно все перечисленное, исключая

- 1) периодичность течения
- 2) сезонную зависимость
- 3) упорные расстройства сна
- 4) **отсутствие озабоченности нарушением сна**
- 5) тревожный компонент

Критерии оценки, шкала оценивания *тестовых заданий*

Оценка	Балл	Описание
«отлично»		Выполнено в полном объеме – 90%-100%
«хорошо»		Выполнено не в полном объеме – 80%-89%
«удовлетворительно»		Выполнено с отклонением – 70%-79%
«неудовлетворительно»		Выполнено частично – 69% и менее правильных ответов

3. Процедура проведения текущего контроля

Текущий контроль успеваемости по дисциплине проводится в форме: решения ситуационных задач, написания реферата, собеседования по контрольным вопросам, тестирования.

4. Примеры оценочных средств и критерии оценивания для проведения промежуточной аттестации

4.1. Перечень контрольных вопросов для подготовки к зачету:

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

1. Первичная и вторичная профилактика соматогенных расстройств.
2. Ятрогении и нозогенные реакции.
3. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний
4. Общие признаки психосоматических расстройств и варианты их развития. Роль психосоциальных предпосылок в развитии психосоматических расстройств.
5. Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств. Диагностика и лечение психосоматических заболеваний.
6. Клинические проявления основных психосоматических заболеваний (Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия); ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз).
7. Современные терапевтические подходы.
8. Соматогенные психические расстройства. Этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях.
9. Общие критерии соматогенных (в том числе органических) психических расстройств.
10. Роль психиатра в терапевтическом ведении соматических больных с психическими нарушениями.
11. Клинические варианты соматоформных расстройств. Понятие соматоформной вегетативной дисфункции.
12. Соматизированное и ипохондрическое расстройства.
13. Дифференциально-диагностические критерии соматизированной депрессии.
14. Диссоциативно-конверсионные нарушения.
15. Ятрогении и нозогенные реакции.
16. Понятие и варианты внутренней картины болезни.
17. Деадаптивные личностные реакции на болезнь
18. Задачи психиатрического консультирования соматического больного.

Критерии оценки, шкала оценивания по контрольным вопросам

Оценка	Описание
«отлично»	Знает весь учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В устных ответах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок

Оценка	Описание
«хорошо»	Знает весь требуемый учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок
«удовлетворительно»	Знает основной учебный материал. На вопросы (в пределах программы) отвечает с затруднением. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи
«неудовлетворительно»	Не знает большей части учебного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В устных ответах допускает частые и грубые ошибки

4.2. Ситуационные задачи:

ИД-1 ПК-4.1, ИД-2 ПК-4.2.

Ситуационная задача № 1.

Мужчина бежит по улице обнажённый, размахивает кухонным ножом и кричит прохожим: «Подойдите ко мне. Я вам приказываю!». Вызвана бригада скорой психиатрической помощи. Пациент на вопросы отвечает. Называет себя «Богом, деваой Марией и Иисусом-пророком в одном теле, которому блудница Магдалина омывала ноги». Тут же переходит на другую тему: «ноги, ноги - ноги повсюду; по лужам шлёпают, воду разбрызгивают... святую воду, святую воду всем пить надо, чтобы очиститься». Настоящее имя, место проживания и статус выяснить не удаётся. Мужчина говорит, что на него «снизшла благодать» и он начал «слышать мысли всех окружающих и влиять на них; понял, что является богом». Врач-психиатр принимает решение о недобровольной госпитализации. Пациент отказывается, но физической агрессии не проявляет, ограничиваясь вербальной: «всех прокляну до седьмого колена... колена - разогнуть не сможете... не подходите, я вам приказываю!».

6. Как называются мероприятия, проведенные врачом-психиатром?
7. На основе какого законодательного акта должна быть осуществлена (или должно быть отказано в) недобровольная госпитализация?
8. Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент?
9. Каков ведущий психопатологический синдром?
10. Какой вид нарушения мышления наблюдается у пациента?

Ситуационная задача № 2

В психиатрический стационар скорой помощью доставлена женщина пожилого или старческого возраста. Бригада была вызвана прохожими. Пациентка не могла найти дорогу домой, собственный адрес проживания назвать не сумела. Врачом скорой принято решение о госпитализации. В стационаре при осмотре врача назвала себя «Юлей», не смогла сообщить свой год рождения - только число и месяц. Не может назвать текущую дату; считает, что находится «в поликлинике, на прививках». Говорит, что «вчера ездила в страну, где бороды у мужчин такие большие, что они их перед собой на тачках возят». Подписала добровольное согласие на лечение и госпитализацию, данное врачом больницы. В настоящее время находится на отделении, ведёт себя неконфликтно, с аппетитом ест ужин.

6. Правильны ли действия врача скорой психиатрической помощи?
7. Правильны ли действия врача больницы?
8. О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

9. Каков ведущий психопатологический синдром?

10. Какой вид нарушения памяти наблюдается у больной? (на примере выделенного курсивом)

Ситуационная задача № 3.

Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что «не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны, насылает на людей порчу». Считает, что он непроизвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых люди умирают в течение суток. Рыдая, говорит о том, что «больше так жить не может и должен уйти из жизни». Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

6. Может ли врач психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции суда?
7. Сиротствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации? Если да, то каким критериям?
8. Какой синдром описан у пациента?
9. Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациенту?
10. Какие лекарственные препараты можно назначить пациенту при оказании неотложной помощи, до осмотра врача-психиатра?

Ситуационная задача № 4

Больная 15 лет, ученица 9-го класса. Ранее спокойная, уравновешенная, последние полгода стала грубой, раздражительной. В школе дерзила, кривлялась, гримасничала на занятиях, после замечаний уходила из класса, где-то ходила. Начала курить, после порицания матери несколько дней не ночевала дома. Заявила, что ей скучно со сверстниками, «они все смешные дураки», на улице приставала к мужчинам. В отделении клиники дурачится, кривляется, изображает акробатические движения, при этом оголяется, задирает халат, не смущаясь других больных, студентов. На увещания медсестры громко смеется, высовывает язык и еще больше оголяется. Во время курации студентам предлагала поцеловать ее, когда студент отказался, ударила его, бессмысленно смеялась. Груба, нелепа в поступках, постоянно гримасничает, морщит лоб, хмурит брови, кривит рот. На свидании с родными громко смеялась, сваливала все принесенные продукты в одну тарелку, в ответ на замечание матери стала щипать ее. При беседе с врачом смотрит в сторону, отвечает формально, кривляется. Нанизывает одни слова на другие. Больной себя не считает, настаивает на выписке. Каких-либо планов, озабоченности будущим не высказывает.

О каком состоянии вероятнее всего идёт речь?

Между какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Каков ведущий синдром?

Соответствует ли состояние пациентки критериям недобровольной госпитализации?

Чье информированное согласие на госпитализацию нужно получить для госпитализации пациентки?

Ситуационная задача № 5

Больной 25 лет, плотник. Болен несколько лет. Слышит голос «Ильи-пророка», который поучал больного, говорил об измене любимой девушки. Больной ходил по улицам,

встречным людям раздавал свои деньги. Всем рассказывал, будто бы вчера он умер, а сегодня воскрес и воскресил своих соседей по общежитию, которые, по его словам, тоже были мертвы. Помещенный в психиатрическую больницу, больной держится с подчеркнутым достоинством, ходит, гордо подняв голову. Себя называет «повелителем неба, звезд и всего живого», в его теле заключена «бессмертная душа», которая всегда будет управлять душами других людей и карать их». Предлагает показать присутствующим «бога». С этой целью становится на одну ногу, прижимает руки к груди и крепко зажмуривает глаза. Постоянно слышит «голоса», идущие из его сердца, которые говорят больному: «Суд над живыми и мертвыми еще не наступил», заставляют его писать жалобы на других больных, не дают ему покоя.

О каком заболевании вероятнее всего идет речь?

Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Соответствует ли состояние пациента критериям недобровольной госпитализации?

Ситуационная задача № 6

Больная 28 лет. В прошлом находилась в психиатрическом отделении. У самых дверей приемно-диагностического отделения больницы врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также прихвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и беспокойного, безвкусного. Взяв врача под руку, начинает тараторить, голос у нее охрипший. «Я вас сразу узнала. А когда меня выпишут? А вот нянечка пришла, сегодня на работу, а у нее из-под платья комбинация выглядывает, из-под пятницы - суббота. Завтра, суббота? Вы меня выпишете? А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте, я Вам его поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо?» (внезапно). В раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. «Я в Вас влюбилась! Ну и что же здесь такого. Любовь не порок, а большое достоинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю?» и т. д. и т. п. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав больных в кружок, поет, танцует, спит не более 3-4 часов в сутки.

О каком заболевании вероятнее всего идет речь?

Какой группой психофармакологических препаратов целесообразнее всего стабилизировать состояние больной?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Какие дополнительные обследования нужно провести пациентке?

Ситуационная задача № 7

Больной 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливался на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив,

темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать; что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные обследования нужно провести пациенту?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 8

Больной 38 лет. Плотник. Болен с 18 лет. Сознание не помрачено. Держится с чувством собственного превосходства. В беседе удается выявить следующее. Считает себя контр-адмиралом и командиром всеми родами войск во всех странах, а также главнокомандующим войск планеты Марс. Заявляет, что он в курсе событий на Марсе, так как слышит в голове разговоры, которые происходят на Марсе. Кроме этого считает себя зам. начальника ФСБ. Заявляет, что имеет звание дважды Героя России. Награжден Большой Серебряной Звездой всех родов войск и другими многочисленными наградами. Заявляет, что он распоряжается всеми государственными делами и вербует на работу в ФСБ. Беседующим с ним предлагает работу в ФСБ, назначает очень высокие оклады и гарантирует квартиру. Уверен, что руководители государства выполняют его решения: «У меня телепатическая связь с Москвой. Я мысленно разговариваю с президентом страны». «Голоса» слышит звучащими в голове. Так однажды заявил, что на улице его ждут три правительственные машины, а на аэродроме - личный самолет. «Сейчас в голове президент и заведующий отделением сказали, что я немедленно лечу на Марс, ракета уже готовится к старту». Критики нет. При попытке разубедить его, больной становится гневливым, раздражается.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Каков ведущий синдром?

Какой тип бредовых идей высказывает пациент?

Может ли данный пациент быть госпитализирован в недобровольном порядке?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 9

На судебно-психиатрическую экспертизу поступила женщина 34 лет. Обвиняется в убийстве мужа. Известно, что замужем была 14 лет, имеет десятилетнюю дочь. Первые 2-3 года жили с мужем дружно. Затем муж пристрастился постепенно к алкоголю. В состоянии опьянения стал избивать жену и дочь, выгонял их не одетыми на мороз, оскорблял, приводил в дом пьяных женщин. Нередко испытываемая с дочерью уходила ночевать к знакомым. В день происшествия муж пришел домой пьяным. Оскорбил жену, затем бросил ей в лицо тарелку с едой, заявив, что пища «недосолена». Больная, которая в это время включала утюг, схватила его и нанесла мужу 12 ударов по голове, в результате чего он скончался. Сама вызвала скорую помощь и милицию, заявила об убийстве. В отделении настроение снижено, рассказывает о тяжелой жизни, о бесконечных оскорблениях со стороны мужа. Бреда и обманов чувств нет. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. О правонарушении рассказывает так: «Меня охватило отчаяние, помню, что ударила его утюгом 2 или 3 раза, других ударов не помню, пришла в себя при виде крови... поняла, что, кажется, убила... сама вызвала скорую помощь и милицию...».

Какое психическое расстройство можно диагностировать подэкспертной, исходя из её анамнеза?

Соответствует ли состояние пациентки в момент совершения правонарушения критериям невменяемости?

Какой тип судебно-психиатрической экспертизы был назначен подэкспертной?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести подэкспертной?

Чем обусловлена амнезия подэкспертной?

Ситуационная задача № 10

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

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Какой группой психофармакологических препаратов целесообразнее всего стабилизировать состояние больного?

Каков ведущий синдром?

Соответствует ли состояние пациента критериям недобровольной госпитализации?

Можем ли мы насильно кормить пациента в случае его отказа?

Ситуационная задача № 11

Пациентка 73 года. Около двух лет назад, появились жалобы, на память. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала. Не понимала тяжести своего состояния.

1) Наиболее вероятный диагноз?

2) Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?

3) Нуждается ли пациентка в госпитализации?

4) Является ли пациент с деменцией недееспособным?

5) Тактика лечения?

Ситуационная задача № 12

Больной З., 82 года, строитель. В течение месяца находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется на боль при ходьбе в правом коленном суставе. Других жалоб нет. Охотно вступает в контакт с пациентами своего возраста. В обращении с врачом, больными вежлив, угодлив, временами даже слащав. Приветливо здоровается, но, встретив врача через несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-хирург, через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать не может. Рассказывает, что только вчера был на работе: «пришел на новый объект, государственный заказ! Объект сложный, получили новое оборудование». Любит говорить о днях своей молодости, помнит события прошлых лет. Перечисляет своих

детей, называет их имена, но внуков путает — то заявляет, что у него их вообще нет, то называет несколько имен, но каждый раз новые. По данным ЭЭГ: Признаки подкорково-диэнцефальной дисфункции. Очаговых изменений, пароксизмальных проявлений и эпиктивности настоящая ЭЭГ не выявляет.

- 1) О чем могут свидетельствовать данные настоящей ЭЭГ?
- 2) Наиболее вероятный диагноз?
- 3) Какой синдром у описанного пациента?
- 4) Какие нарушения памяти описаны у пациента?
- 5) Каков прогноз расстройства?

Ситуационная задача № 13

Больной М., 64 год, адвокат. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения. В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который сохранялся 2 недели. Лечился на неврологическом отделении. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к коллегам по работе, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, обвинял жену в изменах. Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения; к своему, состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Легко переходит от плача к смеху. Рентгенологически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

- 1) Какие нарушения памяти описаны у пациента?
- 2) Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?
- 3) Какой диагноз можно предположить у пациента?
- 3) Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
- 5) Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 14

Больной См-в, 75 лет. Отец страдал алкоголизмом. Настоящее заболевание началось с постепенного с раздражительности, суетливости. Больной без особого повода кричал, шумел, бывал конфликтным. Ослабела память, появились бредовые идеи отравления. Плохо ориентировался в окружающем, считал, что находится в «Екатеринбурге, Центральная улица 26, квартира 96, там я живу». Больных и персонал представляет, как своих родственников и знакомых. Добродушен. Словоохотлив. Охотно вступал в беседу на конкретные темы, касающиеся его старых навыков. Высказывал бред отравления. «Соседи пускают газ по вентиляции, распыляют мне что-то в квартире». Обнаруживал резкое расстройство памяти, преимущественно на текущие события. Память на прошлые события сохранена лучше. Совершенно бездеятелен. Навыки самообслуживания

отсутствуют. Неопрятен. Шумен. Криклив, бранил врачей, часто жаловался врачу на те или иные неправильные действия больных. Суетлив. Связывал постельные принадлежности в узел и собирался уезжать. Резко выражены старческие признаки: очень редкие седые волосы, зубов нет, истощен, кожа сухая, дряблая, вся в морщинах. Границы сердца расширены. Тоны глухие. В легких эмфизематозное дыхание. Реакция зрачков на свет вялая.

- 1) Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?
- 2) Предположительный диагноз?
- 3) Возможно ли амбулаторное лечение пациента в данном состоянии?
- 4) Реабилитационные мероприятия для данного пациента
- 5) Какой тип нарушений памяти описан у данного пациента?

Ситуационная задача № 15

Больной К., 35 лет, крановщик. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась многократная рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован по времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1987; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. По разному называет имя и фамилию жены, детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Запас знаний крайне низок. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Гиперсексуален. Пребыванием в стационаре не тяготится, просит его выписать.

- 1) Угрожает ли данное состояние жизни пациента?
- 2) Требуется ли дополнительные методы обследования?
- 3) Определите синдром
- 4) Каков наиболее вероятный диагноз?
- 5) Законна ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?

Ситуационная задача № 16

Больная А., 55 лет. Из неблагополучной семьи. Детство провела под присмотром бабушки. Росла и развивалась соответственно возрасту. В подростковом возрасте вместе с компанией выпила крепкий алкоголь. Далее — «взялась за ум», успешно окончил 10 классов и техникум. Работал по специальности. Женщина была одинокой, но любила находиться в центре внимания. Часто бывала в центре застолья, любила выпить. По характеру общительная, легко сходится с людьми, неразборчива в связях с мужчинами. За два года до госпитализации стала жаловаться, что устает от шумных компаний, беспокоили головные боли, слабость. Появились бестактность, грубость, без всякого

стеснения рассказывала циничные анекдоты. Уехав в командировку, руководству предприятия присылала противоречивые телеграммы, предложила организовать картинную галерею. Получив распоряжение вернуться, обратилась с предложением о картинной галерее в Министерство тяжелой промышленности. В психиатрическом стационаре была беспечной, веселой. Украшала себя конфетными обертками, мастерила самодельные знаки отличия. Называла себя создателем «мировой картинной галереи», в которой находится 10 миллионов картин всех народов. Плохо производит арифметические действия, не замечает грубых ошибок. Не понимает переносного смысла пословиц и поговорок. Неврологически: миоз, реакция зрачков на свет отсутствует, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, дизартрия, шаркающая походка. Внутренние органы без патологии. Анализы крови и мочи без патологии. Положительная реакция Вассермана в крови и ликворе. Анализ ликвора: белок 0,4%, цитоз 20, положительные реакции Панди, Вейхбротта.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какой синдром у данной пациентки?
- 3) Дополнительные методы обследования?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Возможно ли психиатрическое освидетельствование и госпитализация данной пациентки в недобровольном порядке?

Ситуационная задача № 17

Женщина 29 лет, обратилась к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделал несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

- 1) Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
- 2) Какой ведущий синдром описан в задаче?
- 3) С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?
- 4) Какие врачебные действия будут верными в данном случае?
- 5) Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

Ситуационная задача № 18

Больной К-ко., 16 лет. Наследственность не отягощена. Роды в срок. Рос тихим, застенчивым, послушным. В дошкольном возрасте часто болел ангинами, в шестилетнем возрасте была пневмония, в десятилетнем — травма головы с кратковременной потерей сознания. В школу пошел с 8 лет. Успевал хорошо. Психические нарушения возникли остро, на высоте высокой температуры (до 39,5° С), ознобом, резкими головными болями, плохим самочувствием. На 4-й день стал плохо оценивать окружающую обстановку, не всегда узнавал родных, внезапно порвал одеяло, сбросил со стола посуду, побежал полуодетый на улицу, прятался от людей. Всю ночь не спал, что-то ловил на стене, на кого-то показывал, переговаривался. Утром следующего дня тревожен, пытается спрятаться под кровать, отталкивает персонал, родных. Просит не убивать его, в страхе что-то страшит с себя. При осмотре: дезориентирован во времени, неотчетливо воспринимает окружающее. Ответы односложные, в беседе быстро устает, истощается. Беспочвенно начинает плакать, просит говорить тише, не переносит шума. К вечеру нарастает страх, видит «страшных людей, собак, пауков», плачет, зовет на помощь.

- 1) Есть ли показания для недобровольной госпитализации в данном случае?
- 2) Требуется ли согласие родителей (или опекунов) в конкретном случае?
- 3) Какой синдром описан у данного пациента?
- 4) Психотропные препараты какой группы могут быть назначены данному пациенту?
- 5) Нуждается ли пациент в установлении диспансерного наблюдения

Ситуационная задача № 19

Больная 65 лет, пенсионерка, 3 года назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью не могла уснуть. Наутро услышала голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома, боялась выходить на кухню. С тех пор в течение 3 лет постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выпить все таблетки дома, постоянно оскорбляют ее. Иногда слышит голос своей дочери, который успокаивает больную, советует лечиться. Голоса слышатся из-за стенки и из-за окна. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одинаковыми модуляциями. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсации сосудов. При усилении голоса в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окну, утверждает, что сейчас убьют ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что они имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. По данным МРТ головного мозга: Хроническая сосудистая недостаточность вещества головного мозга (множественные перивентрикулярные и субкортикальные "сливного" характера очаги сосудистого генеза, смешанная заместительная гидроцефалия).

- 1) О чем свидетельствуют данные МРТ исследования?
- 2) Сформулируйте предварительный диагноз
- 3) С какими заболеваниями стоит провести дифференциальный диагноз
- 4) Квалифицируйте синдром
- 5) Имеются ли основания у данной пациентки для недобровольной госпитализации?

Ситуационная задача № 20

Больная 50 лет, перенесла инфаркт миокарда без зубца Q на ЭКГ. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского

персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективные показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

- 1) Предварительный диагноз?
- 2) Какие дополнительные методы обследования требуются в данном случае?
- 3) С какими психическими или соматическими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
- 4) Потребуется ли в дальнейшем диспансерное наблюдение врача-психиатра ПНД?
- 5) Какой основной метод лечения будет показан больному?

Критерии оценки, шкала оценивания ситуационных задач

Оценка	Описание
«отлично»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями, с необходимым схематическими изображениями и наглядными демонстрациями, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие
«хорошо»	Объяснение хода решения ситуационной задачи подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие
«удовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и наглядных демонстрациях, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях
«неудовлетворительно»	Объяснение хода решения ситуационной задачи дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, без умения схематических изображений и наглядных демонстраций или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют

Критерии оценки, шкала итогового оценивания (зачет)

Оценка	Описание
«зачтено»	Демонстрирует полное понимание проблемы. Знает основные понятия в рамках обсуждаемого вопроса, методы изучения и их взаимосвязь между собой, практические проблемы и имеет представление о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
«не зачтено»	Демонстрирует непонимание проблемы. Не знает основные понятия, методы изучения, в рамках обсуждаемого вопроса не имеет представления об основных практических проблемах

5. Процедура проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета. Зачет включает в себя: собеседование по контрольным вопросам, решение ситуационных задач.