Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им Т.Г. Шевченко»

Кафедра Терапии

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой терапии
доц. Ю.Н. Березюк
пр № 2 от «20» сентября 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Специальность
3.31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»

Квалификация выпускника
ВРАЧ-ПЕДИАТР

Форма обучения
ОЧНАЯ

ГОД НАБОРА 2020

Разработал: ассистент
Грудогло И.С.
«20» сентября 2024г.

Тирасполь 2024

Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине «Психиатрия, медицинская психология»

1. **<u>В результате освоения дисциплины обучающийся должен:</u>**

1.1. Знать:

• принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств;

• юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар;

• принципы организации психиатрической службы в ПМР;

• основные лекарственные средства, используемые в психиатрии, принципы их подбора, противопоказания к их назначению, возможные побочные эффекты;

• методы исследования, применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению;

• основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики;

• данные о распространенности, проявлениях, течении, терапии, прогнозе наиболее распространенных психических заболеваний, об их влиянии на адаптацию пациентов и возможности их трудовой и социальной реабилитации;

• основные типы патологии характера и то влияние, которое они могут оказывать на течение психических и соматических заболеваний, на выбор методов психотерапии;

• лекарственные средства, медицинские манипуляции, экологические и социальные факторы, повышающие риск возникновения психических расстройств, принципы профилактики психических заболеваний.

1.2. Уметь:

• своевременно выявлять наиболее острые психические расстройства, которые могут представлять непосредственную опасность для жизни и здоровья больного и лиц, его окружающих;

• сформулировать предварительное заключение о психическом состоянии больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение;

• оказать помощь в ургентной ситуации и по возможности купировать наиболее опасные и неотложные психические расстройства (психомоторное возбуждение, агрессивное и суицидальное поведение, отказ от еды, эпилептической статус, тяжело протекающий делирий, отравление психоактивными веществами);

• организовать надзор, удержание и транспортировку возбужденного и социально опасного больного;

• собрать субъективный и объективный анамнез и провести их предварительный анализ;

• распознавать психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами для своевременного направления пациента к врачу-психиатру;

• грамотно, психотерапевтично проводить беседу с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов;

• использовать элементы психотерапии в комплексном лечении самых различных заболеваний (включая соматические).

1.3. Владеть:

• методами общеклинического обследования (расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение свойств артериального пульса, измерение артериального давления).

• интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики.

• алгоритмом развернутого клинического диагноза.

• алгоритмом постановки предварительного диагноза.

• выполнением основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
• алгоритмом выбора лекарственной терапии для оказания первой доврачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
IXсеместр			
1	Психиатрия. Контрольная работа №1. по темам № 1-4.	ОК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК- 5, ПК-6, ПК-8.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
2	Психиатрия. Контрольная работа № 2. по темам № 5-8.	ОК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
3	Медицинская психология. Контрольная работа №3. по темам № 9-15.	ОК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК-5, ПК-6, ПК-8.	собеседование/письменная работа по контрольным вопросам и клиническим задачам.
Промежуточная аттестация		ОК-5, ОПК-6, ОПК-8, ПК- 5, ПК-6, ПК-8.	Экзамен: собеседование по билетам, решение клинических задач.

3. Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид и форма представления оценочного средства в фонде
1	**2**	**3**	**4**
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенной теме	Распечатанные вопросы для собеседования
2	Контрольная работа	Средство контроля усвоения учебного материала раздела или разделов, темы дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Распечатанные вопросы для контрольной работы
3	Клинические задачи	Задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия,	Распечатанные клинические задачи

		алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.	
4	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Распечатанные тесты
5	Промежуточная аттестация: экзамен.	Итоговая форма оценки знаний	Распечатанные вопросы для собеседования

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Кафедра терапии

Примерные тестовые задания по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология».

Вариант 1.

1.Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:
а) аффекта тоски
б) двигательного торможения
в) меланхолического раптуса
г) идеаторного торможения
д) депрессивного содержания мышления

2.К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, кроме:
а) замедление движений
б) бедность мимики
в) ощущение мышечной слабости
г) повышенную чувствительность
д) явления депрессивного ступора

3.К соматическим признакам депрессии относятся:
а) запоры
б) дисменорея
в) похудание
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

4.Маниакальная триада характеризуется:
а) повышенным настроением
б) ускорением ассоциаций
в) двигательным возбуждением
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

5.Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, кроме:
а) гипермнезию
б) конфабуляции
в) ускорение ассоциаций
г) явления отвлекаемости со скачкой идей
д) идеаторную «спутанность»

6.Обсессивный синдром характеризуется:
а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т. д. помимо желания
б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

7. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, кроме:
а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
б) навязчивый счет
в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т. д.
г) навязчивое чувство антипатии
д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

8.Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
в) наличия конкретного содержания
г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
д) возможности быть всеохватывающим

9.К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме:
а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
в) имеющих значение заклинаний, защиты
г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости.

10. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
б) нарушения сознания
в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего «Я»
г) расстройства самосознания витальности и активности
д) расстройства самосознания целостности

Вариант 2.

1. Дереализация характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства
б) чувства призрачности окружающего
в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым
г) утраты чувства действительности
д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей

2.Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
б) необычности, вычурности ощущений
в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
д) восприятия, искажения формы и величины своего тела

3.Сверхценные идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места
в) наличия выраженного аффективного напряжения
г)склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений

4.Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) несоответствия действительности
б) доступности исправления, устранения путем убеждения
в) искажения отражения действительности
г) полного овладения сознания
д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

5.Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме:
а) сохранения в качестве моносимптома
б) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
в) обязательности сосуществования с изменениями личности
г) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
д) последующего восстановления критического отношения к бреду

6.Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием:
а) все происходящее сделано специально
б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
д) всем перечисленным
е) всем, кроме г)

7. Для галлюцинаций характерно:
а) восприятие несуществующего
б) возникновение существующего без реального объекта
в) наличие непроизвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
д) все перечисленное
е) все, кроме в)

8. Истинным галлюцинациям свойственно
а) непроизвольное возникновение представлений
б) проецирование их вовне
в) яркость, неотличимость от реальных предметов
г) все перечисленное
д) все, кроме б)

9. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме:
а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
б) ощущения присутствия в теле живых существ
в) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
г) возможности точного описания своих ощущений
д) ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся

10. Аффективные иллюзии характеризуются:
а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием
б) возникновением при патологических изменениях аффекта
в) возникновением чаще при страхе, тревоге
г) усилением к вечеру
д) всем перечисленным

Вариант 3.

1. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме:
а) лишения конкретности, реальности
б) наличия признаков нарушения сознания
в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
г) интрапроекции внутри организма
д) наличия характера сделанности

2. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме:
а) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
б) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
в) сделанных неприятными ощущения
г) отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний

3. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:
а) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
б) правдоподобности высказываний
в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
д) антагонистического бреда

4.Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:
а) обездвиженности застывшего амимичного лица
б) выраженного депрессивного аффекта
в) повышения мышечного тонуса
г) длительно сохранения одной позы
д) отказа от речи, негативизма

5.Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, кроме:
а) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
б) отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
в) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
г) бессвязность мышления, наряду со слабостью или невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
д) чувство сделанности

6. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) кататонических включений
б) помрачения сознания
в) наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций
г) резко выраженных двигательных возбуждений
д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

7.Сумеречное помрачение сознания с продуктивными расстройствами ("психотическая" форма) проявляется всем перечисленным, кроме:
а) сопровождается галлюцинациями, бредом и измененным аффектом
б) возникает относительно постепенно

в) восприятие больными окружающего искажено существованием бредовых расстройств
г) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
д) наблюдается грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений

8.К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме:
а) большого судорожного припадка
б) атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
в) джексоновского припадка
г) адверсивного судорожного припадка
д) мезэнцефального припадка

9.Фиксационная амнезия характеризуется:
а) потерей способности запоминать
б) отсутствием памяти на текущие события
в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

10. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:
а) отсутствие побуждения
б) утраты желания
в) полную безучастность и бездеятельность
г) прекращение общение вследствие исчезновения откликаемости
д) отказ от речи (мутизм)

Вариант 4.

1. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме
а) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
б) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
в) бесплодного мудрствования
г) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
д) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

2.Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
б) утраты способности отделения главного от второстепенного
в) утраты способности отделения существенного от несущественного
г) выраженной затрудненности последовательного течения мыслей, сопровождающейся замедленностью
д) снижения продуктивности мышления

3. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме:
а) неожиданной остановки, перерыва мыслей
б) внезапной блокады мыслей
в) возникновения при кратковременном нарушении сознания
г) того, что больные замолкают, утратив нить мысли
д) возникновения при ясном сознании

4. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме:

а) повышения волевой активности, усиления побуждений
б) повышенной деятельности
в) чувства сделанности состояния
г) порывистости, инициативности
д) говорливости, подвижности

5. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме:
а)выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
б)потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
в)невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
г)распространения подобного забвения на различный период

6.Понятие «объективная тяжесть болезни» в первую очередь включает критерий:
а) летальности
б) психологической значимости
в) болевой характеристики болезни
г) внутренней картины болезни

7.Субъективной отношение к заболеванию называется:
а) анозогнозией
б) внутренней картиной болезни
в) ипохондрией
г) рефлексией

8.У мужчин наиболее «ценными органами» в психологическом смысле являются:
а) голова
б) глаза и уши
в) половой член
г) половой член, яички и язык

9.Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются:
а) сексуальные расстройства
б) заболевания, изменяющие внешность
в) рак
г) инфаркт

10. Наиболее тяжелые дисгармонические психические реакции на заболевания встречаются у:
а) атеистов
б) православных
в) католиков
г) представителей любого вероисповедания

Вариант 5.

1.Способность построения программы собственных действий на случай появления тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти, называется:
а) гармоничностью
б) ипохондричностью
в) ригидностью

г) антиципационной состоятельностью

2.Соматонозогнозия - это:
а) невротическая реакция на болезнь
б) невроз у соматически больного
в) осознание собственной болезни
г) неосознание наличия болезни

3. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит «бегство в болезнь» относится к:
а) ипохондрическому типу
б) эгоцентрическому типу
в) эргопатическому типу
г) истерическому типу

4. При каком типе психического реагирования на заболевание особое значение придается реакции на социальную значимость диагноза:
а) обсессивно-фобическом
б) сенситивном
в) апатическом
г) тревожном

5.Апатический тип психического реагирования на заболевание относится к группе с:
а) интрапсихческой направленностью психической дезадаптации
б) интерпсихической направленностью психической дезадаптации
в) психической адаптацией
г) межличностно направленностью психической дезадаптации

6. Какой тип психического реагирования, как правило, возникает у пациента в ответ на диагностику злокачественного новообразования:
а) неврастенический
б) ипохондрический
в) апатический
г) анозогнозический

7. Тип психического реагирования на болезнь, при котором происходит т.н. «бегство в работу» относится к:
а) ипохондрическому
б) эгоцентрическому
в) эргопатическому
г) истерическому

8. Канцерофобия у онкологически больных:
а) возникать не может
б) может возникать в случае не информирования пациента о диагнозе
в) может возникать только при злокачественных новообразованиях
г) все ответы верны

9. Феномен «погружение в ребенка» встречается у:
а) у женщин в первом триместре беременности
б) у женщин во втором триместре беременности
в) у женщин в третьем триместре беременности

г) у недавно родивших женщин

10. Синдром «грубого обращения с плодом» чаще встречается у женщин с:
а) гармоничными чертами характера
б) истерическими чертами характера
в) возбудимыми чертами характера
г) склонностью к делинквентности

Вариант 6.

1. Синдром «ожидания беременности» является типичным для больных с
а) предменструальным симптомокомплексом
б) невротическими расстройствами
в) шизофренией
г) бесплодием

2.Психологически немотивированная злоба, раздражительность, гневливость входят в структуру:
а) предменструальной психопатии
б) предменструального психоза
в) предменструальной дисфории
г) предменструальной депрессии

3.Климактерический синдром относится к проявлениям:
а) физиологического течения климактерия
б) патологического течения климактерия
в) инверсионного течения климактерия
г) проявлениям раннего климактерия

4.Климактерический синдром проявляется всеми нижеперечисленными клиническими вариантами за исключением:
а) астеническим
б) сенесто-ипохондрическим
в) тревожно-депрессивным
г) эксплозивным
д) истерическим

5. При поясничном остеохондрозе преобладающими являются следующие типы психического реагирования:
а) тревожно-неврастенический и эргопатический
б) эргопатический и эгоцентрический
в) фобический и меланхолический
г) анозогнозический

6. Типичной психологической реакцией на сообщение о необходимости проведения хирургической операции является:
а) предоперационная депрессия
б) предоперационный стресс
в) предоперационная фрустрация
г) предоперационная тревога

7.Более адекватно реагируют на собственное постоперационное состояние лица с:
а) высоким уровнем предоперационной тревоги
б) умеренно выраженным уровнем предоперационной тревоги

в) тоскливым радикалом
г) предоперационное состояние не оказывает существенного влияния

8. Постоянное непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:
а) симуляцией
б) агравационным синдромом
в) синдромом Ашафенбурга
г) синдромом Мюнхаузена

9.Логофобия встречается при:
а) шизофрении
б) сахарном диабете
в) заикании
г) заутизме

10.«Синдром чужого сердца» встречается при:
а) после перенесенного инфаркта миокарда
б) после трансплантации донорского сердца
в) после трансплантации искусственного сердца
г) шизофрении

Ключ к тестовым заданиям

Вариант 1	Вариант 2	Вариант 3	Вариант 4	Вариант 5	Вариант 6
1. в	1.а	1.б	1.в	1.г	1.г
2. г	2.д	2.в	2.г	2.в	2.в
3. г	3.д	3.б	3.в	3.а	3.б
4. г	4.б	4.б	4.в	4.б	4.г
5. б	5.в	5.д	5.б	5.а	5.а
6.г	6.д	6.а	6.а	6.г	6.г
7.г	7.д	7.д	7.а	7.в	7.б
8.г	8.г	8.в	8.г	8.б	8.г
9.б	9.в	9.г	9.б	9.в	9.в
10.б	10.д	10.д	10.г	10.в	10.б

Критерии оценки:

100–85% выполнение тестов – оценка «отлично»

84–75% выполнение тестов – оценка «хорошо»

74–61% выполнение тестов – оценка «удовлетворительно»

60% и < выполнение тестов – оценка «неудовлетворительно»

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет
Кафедра терапии

Примерные ситуационные/клинические задачи по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология».

Задача 1

Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое. В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:
Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?
Больной: Нет, ничего. Я здоров.
Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?
Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено .
Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?
Больной молчит, на вопрос не отвечает
Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?
Больной: Так... Встряхнуться захотелось
Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь? Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь...

Вопросы к задаче

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.
4. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).
5. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч. психотерапевтические.
6. Прогноз, трудовая экспертиза.

Эталон ответа

1. Шизофренический апатико-абулический синдром.
2. Шизофрения, непрерывное течение, форма не уточнена (недифференцирована).
3. Экспериментально-психологическое обследование для исключения шизофренических изменений в эмоционально-волевой и мыслительной сферах, органический симптомокомплекс. ЭЭГ, КТ, МРТ для исключения органического поражения ЦНС.
4. Шизофрения, непрерывное течение, недифференцированная форма (F20.30).

5. Режим амбулаторный. Поддерживающее лечение нейролептиками пролонгированного действия для профилактики рецидивов острой психотической симпоматики. Социально-трудовая реабилитация и реадаптация.
6. Прогноз неблагоприятный вследствие сформировавшегося апатико-абулического дефекта. Восстановление трудоспособности маловероятно.

Задача 2

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

Вопросы к задаче

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.
4. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).
5. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч.психотерапевтические.
6. Прогноз, трудовая экспертиза.

Эталон ответа.

1. Гебефренический синдром.
2. Шизофрения гебефреническая форма, непрерывное течение. Гебефренический синдром.
3. Характерное расстройство мышления по шизофреническому типу; ЭЭГ -, КТ-, МРТ-исследования для исключения органического поражения мозга.
4. Шизофрения гебефреническая форма, непрерывное течение. Гебефренический синдром. (F20.10)
5. Режим стационарный, диета - общий стол. Медикаментозное лечение: купирование острой симптоматики - аминазин, галоперидол, в дальнейшем перевод на атипичные антипсихотики с индивидуальным подбором дозы (рисполепт, сероквель и т.д.); либо на нейролептики пролонгированного действия (галоперидол - деканоат, модитен - депо до 100 мг в месяц, рисполепт - конста до 50 мг в месяц). Побочные действия - нейролептический синдром (коррекция - циклодол до 8 мг в сутки), метаболический синдром. Немедикаментозная терапия: социально- психологическая реабилитация, индивидуальная психотерапия.

6. Прогноз неблагоприятный. Трудовая экспертиза: утрата трудоспособности и установление группы инвалидности

Задача 3

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

Вопросы к задаче:

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.
4. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).
5. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч. психотерапевтические.
6. Прогноз, трудовая экспертиза

Эталон ответа

1. Делириозный синдром (алкогольный делирий).
2. Хронический алкоголизм 2 стадия. Алкогольный делирий.
3. Консультация нарколога, экспериментально-психологическое обследование - органический симптомокомплекс, ЭЭГ -, КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.
4. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (оно же хронический алкоголизм). Алкогольный делирий. (F10.40)
5. Режим стационарный, диета - общий стол. Лечение: дезинтоксикация, седативная терапия - диазепам, реланиум; галоперидол, аминазин для купирования возбуждения. Немедикаментозная терапия заключается в лечении алкогольной болезни после купирования острого психоза.
6. Прогноз благоприятный при адекватной терапии, трудовая экспертиза - трудоспособность как правило сохранена, ограничения по наркологическому заболеванию

Задача 4

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

неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Вопросы к задаче:

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.
4. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).
5. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч.психотерапевтические.
6. Прогноз, трудовая экспертиза.

Эталон ответа.

1. Дисморфоманический синдром.
2. Шизофрения, параноидная форма. Дисморфоманический синдром.
3. Патопсихологическое обследование (мышление, органические изменения) характерное расстройство мышления по шизофреническому типу. ЭЭГ -, КТ-, МРТ-исследования для исключения органического поражения мозга.
4. Шизофрения, параноидная форма (дебют). Дисморфоманический синдром. (F20.09)
5. Режим стационарный, диета - общий стол. Медикаментозное лечение: купирование острой симптоматики - аминазин, галоперидол, в дальнейшем перевод на атипичные антипсихотики с индивидуальным подбором дозы (рисполепт, сероквель и т.д.); либо на нейролептики пролонгированного действия (галоперидол - деканоат, модитен - депо до 100 мг в месяц, рисполепт - конста до 50 мг в месяц). Побочные действия - нейролептический синдром (коррекция - циклодол до 8 мг в сутки), метаболический синдром. Немедикаментозная терапия: социально-психологическая реабилитация индивидуальная психотерапия.
6. Прогноз зависит от степени прогредиентности заболевания. Трудовая экспертиза: высока вероятность утраты трудоспособности и установления группы инвалидности.

Задача 5

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

Вопросы к задаче:

1. Выделите основной клинический синдром.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительные обследования, необходимые для уточнения диагноза и какие изменения характерны для данного заболевания.
4. Сформулируйте окончательный клинический диагноз с использованием современных классификаций (МКБ-10).
5. Тактика ведения больного, режим, диета, медикаментозное лечение с указанием дозы, побочных действий, показаний и противопоказаний. Немедикаментозные методы терапии, в т.ч.психотерапевтические.
6. Прогноз, трудовая экспертиза.

Эталон ответа.

1. Синдром Котара (депрессивная парафрения).
2. Органическое аффективное расстройство. Депрессивно-бредовой синдром (бред Котара).
3. Консультация невропатолога, экспериментально-психологическое обследование - органический симптомокомплекс, расстройства ассоциативного процесса для исключения шизофрении; ЭЭГ - , КТ-, МРТ- исследования для исключения органического поражения мозга.
4. Органическое психотическое депрессивное расстройство в связи с перенесенной ЧМТ. Депрессивно-бредовой синдром (бред Котара). (F06.320)
5. Режим стационарный, диета - общий стол. Медикаментозное лечение: антидепрессанты селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) - флуоксетин, феварин. Трифтазин до 20 мг в сутки. Нейропротекторная и нейротрофическая терапия. Немедикаментозная терапия: проведение рациональной психотерапии.
6. Прогноз благоприятный при адекватной терапии, трудовая экспертиза - как правило, трудоспособность сохранена.

Задача 6

Пациентка Р., 42 года, замужем, двое детей, предстоит операция по экстирпации матки с придатками. Накануне операции, несмотря на беседу с врачом, больная встревожена, очень волнуется за исход операции и высказывает опасения по поводу утраты привлекательности, переживает, как отразиться операция на отношениях с мужем. Определите тип реагирования на заболевание и спланируйте возможную тактику профессионального взаимодействия.

Эталон ответа: нормальное; пациентке предстоит сложная операция и поэтому ее реакция является нормальной, во время беседы с больной необходимо сделать акцент на важности и необходимости этой операции с целью сохранения жизни и здоровья. Рассказать, что врач обязательно даст рекомендации по поводу интимной жизни.

Задача 7

Больной Д., 52 лет, инженер-строитель, находился в терапевтическом отделении с 4 июня по 1 сентября 2015 г. с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз. Стеничный, бескомпромиссный в суждениях, целенаправленный, уверенный в себе, по работе всегда характеризовался положительно, успешно продвигался по службе. Состоянию своего здоровья особого значения не придавал. Отпуска проводил в домашних условиях. С 49 лет периодически стала беспокоить боль в области сердца. К врачам обращался неохотно, обычно принимал валидол, который купировал боль. Ночью 3 июня 2015 г. возник приступ резких болей в сердце, была вызвана «скорая помощь». Применение спазмолитиков и наркотиков приступ боли купировало не сразу. Несмотря на явные признаки инфаркта, больной лишь после продолжительных уговоров согласился на госпитализацию. В отделении с трудом соблюдает постельный режим. В первые же дни пытался встать с постели, утверждая, что у него был лишь приступ стенокардии. «Врачи скорой помощи перестраховались», от осмотра консультанта отказывается. «Он не нужен, приступ он не видел». При беседе с больным стало очевидно, что диагноз инфаркта миокарда «грозит крушением моих служебных планов». По выписке приступил к работе через 3 месяца. Спустя 2 года повторный инфаркт миокарда. Суждения, высказывания, поведение такие, как и при первой госпитализации. Находился на лечении 3 месяца, к работе приступил через полгода. Спустя 1 год произошел третий, тяжелый инфаркт миокарда, по поводу которого 10 дней находился в палате интенсивной терапии. Выписан через 3 месяца с инвалидностью второй группы. Определите тип отношения к болезни.

Эталон ответа - эргопатический тип отношения к болезни

Задача 8

Пациентка А., 33 года, фотограф. Больна с детства. Школьницей, в душной, переполненной электричке испытала животный страх не выбраться из вагона. Два года назад поезд метро, в котором находилась, простоял в туннеле более 10 минут. Когда в вагоне стало труднее дышать, у нее возник острый страх (с сердцебиением, холодным потом), что не выберется отсюда. С тех пор этот страх с чувством удушья возникает время от времени легче и чаще при соматическом ослаблении, при каких-либо огорчениях, но всегда в ситуации какой-то «закрытости, запертости, когда неизвестно, как отсюда выбраться». Налицо живое критическое отношение к нелепому содержанию страха. В беседе обнаруживает свойственную ей всегда синтонность, живость, богатую эмоциональность (не без естественной кокетливости) и в то же время осторожность, избирательность в общении с людьми, патологическую тревожную мнительность, ипохондричность. Настроение всю жизнь колеблется от подъемов к спадам; нередко на спаде подозрительна, может оскорбить в гневе, мучается тоскливостью. Выясняется давний, сложный конфликт с мужем (фригидность с переживанием сексуальной неудовлетворенности, ревность мужа). В прошлом году после длительного гинекологического воспалительного заболевания, перенесла операцию (удалены маточные трубы). Прежде детей не хотела, теперь печалится, что их уже наверняка не будет. Гипнотические сеансы, успокаивающие беседы, лечение самовнушением и другие симптоматические (психотерапевтические и лекарственные) воздействия существенно не помогают. Пикнического телосложения. Ожирение II степени. Каковы особенности личности пациентки, что за патология?

Эталон ответа: тревожно-лабильный тип личности, боязнь закрытых пространств, клаустрофобия

Задача 9

Больной К., 44 лет, проводник пассажирского поезда, в хирургическом отделении находился на лечении по поводу острого аппендицита с 12 мая по 01 июня 2015 г.. По характеру спокоен, стеснителен, в меру общителен, к состоянию здоровья всегда относился внимательно, но без излишних опасений, «верил врачам», излишне чувствителен к болевым ощущениям. Заболел остро 11 мая 2015 г., через 18 ч доставлен в больницу, где через 1 ч произведена аппендэктомия под местной анестезией, операцию перенес удовлетворительно, послеоперационное течение без осложнений. На операцию согласие дал без длительных раздумий, хотя и испытывал волнение. Сомнения о возможности неблагоприятного исхода стремился подавить. По окончании операции испытывал некоторое облегчение, все тягостные болевые ощущения остались позади. После прекращения анестезии болевые ощущения стали мучительными, возникли опасения, что операция проведена неудачно. По мере исчезновения болевых ощущений, явлений общей слабости обретал уверенность в благоприятном исходе заболевания. Определите тип отношения к болезни.

Эталон ответа - гармоничный тип отношения к болезни

Задача 10

Определите по особенностям общения основные типы акцентуаций: гипотимный, эпилептоидный,паранойяльный, гипертимный, истероидный, шизоидный, психастенический, сензитивный.

Эталон ответа:

Тип 1. Как и во всех остальных областях жизни, он любит порядок в человеческих отношениях, поэтому он не склонен к случайным знакомствам, а предпочитаетобщаться с друзьями детства, дома, школьными товарищами, сослуживцами и т.д. В общении он

довольно поверхностен, т.е. добросовестно выполняя все принятые в обществеритуалы, не склонен идти на истинную неформальную человеческую близость, не раскрываясь сам, не стремится поближе узнать другого, и если вдруг сталкивается с человеком, предлагающим ему теплое эмоциональное общение, то может даже и не понять, чего тот от него хочет ***(эпилептоидный).***

Тип 2. В общении он в основном конфликтен, т.к. он не испытывает потребности в общении как таковом, общение для него - средство для достижения цели, для организации совместной деятельности, для получения информации, но не для установления душевных контактов, поэтому, вступая в вынужденное общение, он постоянно ранит, задевает окружающих, наступает на их интересы и уж обязательно на их чувства, которых он просто не замечает. Он постоянно конфликтен в общении и сам не замечает своей конфликтности, только иногда удивляется: «Почему это люди такие странные, ведут себя как-то нелогично и непоследовательно, вдруг ни с того, ни с сего обижаются?», что только убеждает его в ненужности лишнего общения ***(паранойяльный).***

Тип 3. Такие люди очень общительны. Такой человек в любой компании «свой в доску», все называют его «рубаха парень», балагур, весельчак. В отличие от паранойяльного и эпилептоидного типов он очень любит и ценит общение. Он может посвящать ему очень много времени. У таких людей постоянно собираются гости, их дом - клуб для всех знакомых и подруг. Все свободно приходят сюда, как к себе домой, едят, разговаривают, засиживаясь за полночь или до утра, для него совершен естественно не спать всю ночь, провести ее в разговорах. Часто именно такие люди вместе с истероидами создают так называемое «богемное» общество, ведут «богемный» образ жизни - днем спят, а ночью работают или общаются ***(гипертимный).***

Тип 4. Поскольку ему нужны зрители, но он очень общителен. Общение в тех или иных формах - его основная форма деятельности. Здесь перед ним встают следующие проблемы. Во-первых, он общается только с теми, кто им восхищается. Если оказывается, что он попадает в среду, где им не восхищаются, то он может конечно приложить определенные усилия в тех направлениях, которыми принято восхищаться в этой среде. И, если это не трудно, то он наверняка добьется своего. Но, если эта деятельность ему не близка, или вовсе не знакома, и усилия покажутся ему слишком большими, то он просто уйдет из этого круга общения, но не с обидой или разочарованием, или чувством поражения, а с выводом, что это были недостойные люди, не умные и т. д.. Во-вторых, даже там, где его оценили, первое впечатление тоже рано или поздно, но сгладится и восхищение станет менее бурным и менее заметным, а то и просто эта группа постепенно поймет его поверхностность и претенциозность, «раскусит его». В любом случае наступает момент, когда такому человеку понадобятся новые зрители - и он сова поменяет круг общения. Через некоторое время он может вернуться в то же общество, если только за этот период он достиг чего-то нового.
Тогда он возвращается, чтобы поразить своими успехами и вызвать сожаление окружающих о том, что в свое время его «недооценивали» и поэтому потеряли (истероидный).

Тип 5. Общительность его очень избирательна. В основном он людей не замечает, так же, как и вещей и вообще окружающего мира. Однако, в отличие от эпилептоидного и паранойяльного типов, он все-таки нуждается в понимании и контакте, а значит и в общении. Но, в отличие от гипертимного типа не в общении со многими, а в глубоком общении с очень ограниченным кругом людей. Он может общаться сам с собой, может читать лекции одному единственному студенту, случайно пришедшему на занятия ***(шизоидный).***

Тип 6. Он застенчив, боится новых контактов, общения с новыми людьми, ему трудна ситуация, в которой он должен прикладывать усилия для того, чтобы произвести впечатление. В своих старых взаимоотношениях он очень привязчив, ценит именно глубокий личностный контакт, а не общение со многими. В отличие от шизоидного типа привязывается не к тем, кто понимает, а к тем, кого он понял сам ***(психастенический).***

Тип 7. Они нуждаются в круге общения, чтобы иметь кому жаловаться. Им нравится ставить окружающих в известность о той тяжелой ситуации, в которой они находятся, а затем аргументировано отвергать все советы о возможных путях выхода из создавшегося положения: «... это я уже пробовал...» и т.д.. Дружить с ним трудно всем окружающим. Но и ему трудно выбирать друга, т.к. его восприятие людей устроено так, что он замечает в первую очередь плохое. Ему найти любовь еще труднее, чем дружбу, но, если он связывает с кем-то свою судьбу, то будет хоть и недоволен, но верен ***(гипотимный)***

Критерии оценок:
Оценка «отлично»: глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи;

Оценка «хорошо» достаточно глубокие и твердые ответы на все вопросы задачи. Логически полные, последовательные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи, без существенных неточностей. Самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении вопросов.

Оценка «удовлетворительно» ответы на все вопросы задачи. Логически не полные, отсутствует последовательность, правильные ответы на поставленные вопросы; умение самостоятельно проанализировать данные задачи, назначить лечение и рассказать о действии и взаимодействии лекарственных средств, учитывая данные задачи; без грубых ошибок

Оценка «неудовлетворительно»: отсутствует ответ хотя бы на один вопрос задачи или существенные и грубые ошибки в ответах на вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии

Примерные вопросы к контрольным работам по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №1 (темы 1-4)

1. Организация психиатрической и наркологической помощи в ПМР.
2. Психиатрические учреждения ПМР, их функции и организация их деятельности.
3. Основные положения закона ПМР “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
4. Показания к помещению в психиатрическую больницу. Недобровольная госпитализация, правовые вопросы.
5. психоза. Продуктивная и негативная симптоматика.
6. Расстройства восприятия (иллюзии, психосенсорные расстройства, галлюцинации). Заболевания, при которых чаще всего встречаются нарушения восприятия.
7. Дифференциальная диагностика истинных и псевдогаллюцинаций, диагностическое значение.
8. Расстройства памяти. Их основные виды. Заболевания, при которых наблюдаются расстройства памяти.
9. Расстройства внимания.
10. Умственная отсталость (определение, причины возникновения, степени).
11. Деменция (определение, клинические варианты). Виды приобретенного слабоумия, заболевания с которыми они связаны.
12. Навязчивые идеи (определение, разновидности, диагностическое значение). Отличие навязчивостей от бреда и сверхценных идей.
13. Нарушения ассоциативной деятельности (количественные и качественные расстройства процесса мышления). Основные симптомы, их диагностическое значение.
14. Сверхценные идеи. Отличие от бредовых и навязчивых идей.
15. Бред (определение, клинические формы, диагностическое значение).
16. Основные бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный). Их динамика, диагностическое значение.
17. Синдром психического автоматизма Кандинского - Клерамбо.
18. Виды психических автоматизмов, диагностическое значение.
19. Эмоциональные расстройства. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение.
20. Синдромы аффективных расстройств (депрессивный, маниакальный, апатико-абулический).Определение, структура, сопутствующие соматовегетативные расстройства, диагностическое значение
21. Классическая (эндогенная, психотическая) депрессия, клиническая картина, диагностическое значение, социально-опасное поведение.
22. Понятие суицида, разновидности.
23. Понятие маскированной (соматогенной) депрессии.
24. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение.
25. Синдромы помрачения сознания, их структура, динамика, диагностическое значение.
26. Сумеречное помрачение сознания, клинические варианты. Диагностическое

значение, социально-опасное поведение больного.
27. Делирий (этиология, клиническая картина, тяжелые формы делирия).
28. Онейроид, клиническая картина, диагностическое значение.
29. Аменция, клиническая картина, диагностическое значение.
30. Клинические признаки расстроенного сознания. Синдромы снижения уровня сознания, их связь с различными психическими и соматическими расстройствами.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №2 (темы 5-8)

1. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные) формы. Основные типы течения.
2. Шизофрения (определение, критерии диагностики, симптоматика, характерная для всех форм шизофрении). Симптоматика начального периода.
3. Методы терапии шизофрении, тактика врача при острых приступах шизофрении и при хроническом непрерывном течении.
4. Исход шизофрении. Понятие шизофренического дефекта.
5. Аффективные психозы (маниакально - депрессивный психоз) Типичные клинические проявления на различных этапах течения.
6. Аффективные расстройства (маниакально - депрессивный психоз, циклотимия, дистимия): определение, основные закономерности течения, клинические варианты.
7. Эпилепсия. Определение. Патогенез, течение, прогноз. Заболевания, с которыми следует дифференцировать эпилептическую болезнь.
8. Клинические проявления эпилепсии. Эпилептические припадки, эквиваленты эпилептических припадков.
9. Большой судорожный припадок. Клиническая характеристика. Заболевания, при которых он встречается. Метод купирования.
10. Малый судорожный припадок. Клиническая характеристика.
11. Психические эквиваленты судорожных пароксизмов, их клиническая характеристика.
12. Хронические изменения психики больных эпилепсией. Клиника эпилептического слабоумия.
13. Эпилептический статус, определение. Заболевания, при которых он может наблюдаться. Методы купирования.
14. Клиника острой алкогольной интоксикации и ее лечение. Степени алкогольного опьянения. Диагностика алкогольного опьянения.
15. Абстинентный синдром. Условия и причины его возникновения. Варианты алкогольного абстинентного синдрома.
16. Алкогольные (металкогольные) психозы. Классификация. Условия возникновения.
17. Алкогольный делирий. Продромальный и развернутый период психоза. Психопатологические и соматические проявления. Лечение, уход, надзор
18. Алкогольный галлюциноз. Клиника, течение, терапия.
19. Алкогольный бред ревности. Клиника, течение, терапия. Возможные социально-опасные действия.
20. Соматические и неврологические нарушения при алкоголизме.
21. Алкоголизм (определение, стадии развития).
22. Корсаковский амнестический синдром, определение, психопатологическое содержание.
23. Наркомании (определение, основные критерии диагноза, вещества, относимые к наркотикам).
24. Классификация наркоманий. Понятие психической и физической зависимости.
25. Токсикомании. Химические вещества и лекарственные средства, вызывающие зависимость. Клиника токсикоманий летучими веществами.
26. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга:

церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь. Их основные проявления. Терапия.
27. Сенильные и пресенильные деменции (атрофические заболевания головного мозга). Симптоматика, медицинская тактика. Дифференциальная диагностика с атеросклеротическим слабоумием и опухолями головного мозга.
28. Болезнь Альцгеймера. Клинические проявления, терапия, течение, прогноз
29. Болезнь Пика. Клинические проявления, терапия, течение, прогноз
30. Болезнь Паркинсона. Клинические проявления, терапия, течение, прогноз.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ к Контрольной работе №3 (темы 9-15)

1. Понятие медицинской психологии. Ее место в системе клинико-психологических дисциплин.
2. Разделы и направления медицинской психологии.
3. Общие вопросы психотерапии.
4. Концепция внутренней картины болезни. Психологические механизмы формирования отношения к болезни.
5. Механизмы психологической защиты (уход, идентификация, отрицание, вытеснение, проекция, замещение, регрессия, сублимация, реактивное образование) и их роль в формировании отношения к болезни.
6. Значение в психологии лечебного процесса состояний боли, страха, отношения к смерти.
7. Основные типы личности (по К.Леонгарду и А.Е.Личко): гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический). Возможное поведение индивидов с различной типологической предрасположенностью в ситуации болезни.
8. Основные типы личности (по К. Леонгарду и А.Е. Личко): сензитивный, шизоидный, психастенический, эпилептоидный, истероидный). Возможное поведение индивидов с различной типологической предрасположенностью в ситуации болезни.
9. Типы отношения к болезни, диагностируемые с помощью опросника ЛОБИ: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический).
10. Типы отношения к болезни, диагностируемые с помощью опросника ЛОБИ: сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный).
11. Понятие, функции и структура общения. Коммуникативные барьеры.
12. Авторитарная и диалогическая коммуникация.
13. Вербальная коммуникация (виды вербальной коммуникации, техника вопросов, процесс слушания, виды слушания (плохое слушание, отсутствие слушания, нерефлексивное слушание, рефлексивное слушание, эмпатическое слушание).
14. Приемы нерефлексивного и рефлексивного слушания. Типичные ошибки слушания.
15. Невербальная коммуникация (классификация невербальных средств общения, межличностная дистанция, взаимное расположение собеседников, поза, жесты, мимика, взгляд, паралингвистические компоненты общения, влияние невербальных средств на процесс общения).
16. Общение врача: профессиональное взаимодействие «врач-пациент» (типы взаимодействия, модели взаимоотношений, конфликтные ситуации).
17. Вопросы медицинской психологии в клинике внутренних болезней (при сердечно-сосудистых заболеваниях).
18. Вопросы медицинской психологии в клинике внутренних болезней (при желудочно-кишечных заболеваниях).
19. Вопросы медицинской психологии в клинике внутренних болезней (при легочных заболеваниях).
20. Медико-психологические аспекты при эндокринных заболеваниях.

21. Медико-психологические проблемы в хирургии. Особенности психологического подхода к больному перед хирургической операцией, в ходе операции и в послеоперационном периоде.
22. Психология хирургических больных в зависимости от профиля отделения. Психоонкология.
23. Вопросы медицинской психологии в акушерстве и гинекологии. Психологические аспекты, связанные с менструальным циклом и нарушением полового чувства. Медико-психологические вопросы при лечении гинекологических заболеваний.
24. Вопросы медицинской психологии в акушерстве и гинекологии. Психологические аспекты беременности, при родах и в послеродовом периоде.
25. Понятие конфликта. Внутриличностные, межличностные и групповые конфликты. Предупреждение и разрешение межличностных конфликтов. Причины возникновения конфликтов в медицинской среде и способы их урегулирования.
26. Пациент и микросреда в ходе лечения (социальная психология групп). Медицинская среда как лечебный фактор. Отношения между больными.

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; показывает сформированность практических умений в конкретных ситуациях; высокое качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к максимальному); высокий уровень мотивации учения.

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует полное знание и понимание теоретического содержания курса, без пробелов; недостаточная сформированность некоторых практических умений в конкретных ситуациях; достаточное качество выполнения всех предусмотренных программой обучения учебных заданий (некоторые виды заданий выполнены с ошибками); средний уровень мотивации учения;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он демонстрирует знание и понимание теоретического содержания курса с незначительными пробелами; характерны несформированность некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, низкое качество выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, близким к минимальному); низкий уровень мотивации учения;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся при незнании и непонимании теоретического содержания курса (значительные пробелы), несформированности некоторых практических умений при применении знаний в конкретных ситуациях, при низком качестве выполнения учебных заданий (оценены числом баллов, ниже минимального количества).

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ПРИДНЕСТРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Т.Г. ШЕВЧЕНКО»

Медицинский факультет

Кафедра терапии

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Психиатрия, медицинская психология» - 9 семестр.

1. Проблема стигматизации лиц с психическими расстройствами. Основные положения Закона ПМР «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».
2. Принципы клинического обследования; методы стандартизации психиатрического диагноза.
3. Понятие патопсихологического синдрома. Методики патопсихологического исследования внимания, памяти, мышления, интеллекта и личности.
4. Негативная и позитивная психопатологическая симптоматика.
5. Симптоматология и синдромология расстройств восприятия, их классификация. Особенности расстройств восприятия при различных психотических состояниях.
6. Симптоматология и синдромология расстройств ощущений.
7. Симптоматология и синдромология расстройств памяти.
8. Амнестический корсаковский синдром. Его причины, клиническая характеристика и содержание.
9. Основные симптомы расстройств ассоциативного процесса. Расстройства мышления: ментизм, разорванность, бессвязность и др.
10. Сверхценные и бредовые идеи (определение, клиническое содержание). Диагностическое значение и структура бредовых синдромов. Возрастная динамика.
11. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо), клиническая характеристика, варианты.
12. Навязчивые состояния. Определение, клинические разновидности.
13. Деменция: степени и клинические характеристики.
14. Умственная отсталость: определение понятия, клиническая характеристика. Профилактика, лечение, реабилитация больных умственной отсталостью.
15. Симптоматика расстройств эмоций.
16. Маниакальный синдром, формы и клинические варианты.
17. Клинические формы депрессивных состояний. Депрессии при различных заболеваниях и в различные возрастные периоды.
18. Внимание. Психологическая характеристика и основные расстройства.
19. Основные психопатологические симптомы расстройств влечений.
20. Расстройства волевой сферы.
21. Кататонические синдромы.
22. Нарушения сознания (симптомы, синдромы).
23. Синдромы помрачения сознания.
24. Психические расстройства при острых и хронических соматических и инфекционных заболеваниях (экзогенные типы реакции по Бонгефферу – делирий, аменция, галлюциноз, астения, количественные нарушения сознания).
25. Психические расстройства при черепно-мозговой травме (Острые психические расстройства в начальном периоде черепно-мозговой травмы: травматический делирий, острый и резидуальный бред, эпилептиформные реакции. Психические нарушения в стадии отдаленных последствий черепно-мозговой травмы).
26. Закономерности течения и варианты биполярно-аффективного расстройства; атипичные и смешанные фазы.
27. Особенности клинической картины биполярно-аффективного расстройства.

28. Основные симптомы шизофрении – «симптомы первого ранга» и факультативные проявления. Этиопатогенез. Дефицитарные расстройства при шизофрении. Исходные состояния.
29. Клинические формы и типы течения шизофрении.
30. Принципы лечения шизофрении. Принципы применения психофармакологических средств при шизофрении.
31. Эпилепсия. Клиническая характеристика судорожных пароксизмов. Их формы и дифференциально-диагностические критерии. Принципы и методы лечения эпилепсии.
32. Клинические признаки дисфорий и сумеречных расстройств сознания.
33. Прогрессирующие изменения личности при неблагоприятно текущей эпилепсии.
34. Эпилептический статус. Клиническая характеристика, купирование эпилептического статуса.
35. Неврозы: определение понятия, варианты, особенности течения.
36. Расстройства личности: понятие, основные клинические типы. Критерии психопатий по Ганнушкину.
37. Психические расстройства при первично- дегенеративных (атрофических) процессах головного мозга, общие закономерности течения и исходов. Болезнь Альцгеймера; Пика; хорея Гентингтона. Клиника, дифференциальная диагностика.
38. Психоорганический синдром: характеристика, классификация.
39. Психические расстройства в детском возрасте.
40. Наркомании. Общие закономерности этиологии и патогенеза. Классификация наркоманий. Диагностика.
41. Опийная наркомания (клиника острой и хронической интоксикации, абстинентный синдром).
42. Каннабиноидная наркомания (клиника острой и хронической интоксикации, абстинентный синдром).
43. Злоупотребление психостимуляторами (амфетамин, эфедрин, первитин) – клиническая картина.
44. Токсикомании. Классификация, клиническая картина, лечение.
45. Алкогольное опьянение: степени тяжести, лечение, профилактика.
46. Хронический алкоголизм – определение, этиопатогенез, стадии алкоголизма.
47. Формы злоупотребления алкоголем.
48. Состояние отмены (алкогольный абстинентный синдром).
49. Изменения личности при алкоголизме. Заострение преморбидных личностных особенностей на начальных и средних этапах алкоголизма. Алкогольная деградация личности.
50. Алкогольный делирий и его варианты. Тяжелые формы алкогольного делирия.
51. Алкогольные галлюцинозы. Острый алкогольный галлюциноз. Хронический вербальный алкогольный галлюциноз. Алкогольный параноид.
52. Алкогольные энцефалопатии. Острая алкогольная энцефалопатия (Гайе-Вернике). Хроническая алкогольная энцефалопатия.
53. Неотложные состояния в психиатрии (опьянение тяжелой степени тяжести, суицидальные мысли, злокачественный нейролептический синдром).
54. Интоксикационные психозы. Причины, ведущие синдромы и симптомы. Психические нарушения при отравлении лекарственными средствами.
55. Антидепрессанты – основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
56. Нормотимические препараты - основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
57. Нейролептики - основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.

58. Антиконвульсанты - основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
59. Транквилизаторы основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
60. Ноотропные препараты - основные представители, механизм действия, показания, противопоказания, побочные эффекты.
61. Понятие медицинской психологии. Ее место в системе клинико-психологических дисциплин.
62. Разделы и направления медицинской психологии.
63. Общие вопросы психотерапии.
64. Концепция внутренней картины болезни. Психологические механизмы формирования отношения к болезни.
65. Механизмы психологической защиты (уход, идентификация, отрицание, вытеснение, проекция, замещение, регрессия, сублимация, реактивное образование) и их роль в формировании отношения к болезни.
66. Значение в психологии лечебного процесса состояний боли, страха, отношения к смерти.
67. Основные типы личности (по К. Леонгарду и А.Е. Личко): гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический). Возможное поведение индивидов с различной типологической предрасположенностью в ситуации болезни.
68. Основные типы личности (по К. Леонгарду и А.Е. Личко): сензитивный, шизоидный, психастенический, эпилептиидный, истероидный). Возможное поведение индивидов с различной типологической предрасположенностью в ситуации болезни.
69. Типы отношения к болезни, диагностируемые с помощью опросника ЛОБИ (личностный опросник Бехтеревского института): гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический).
70. Типы отношения к болезни, диагностируемые с помощью опросника ЛОБИ (личностный опросник Бехтеревского института): сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогнозический, эргопатический, паранойяльный).
71. Понятие, функции и структура общения. Коммуникативные барьеры.
72. Авторитарная и диалогическая коммуникация.
73. Вербальная коммуникация (виды вербальной коммуникации, техника вопросов, процесс слушания, виды слушания (плохое слушание, отсутствие слушания, нерефлексивное слушание, рефлексивное слушание, эмпатическое слушание).
74. Приемы нерефлексивного и рефлексивного слушания. Типичные ошибки слушания.
75. Невербальная коммуникация (классификация невербальных средств общения, межличностная дистанция, взаимное расположение собеседников, поза, жесты, мимика, взгляд, паралингвистические компоненты общения, влияние невербальных средств на процесс общения).
76. Общение врача: профессиональное взаимодействие «врач-пациент» (типы взаимодействия, модели взаимоотношений, конфликтные ситуации).
77. Вопросы медицинской психологии в клинике внутренних болезней (при сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и легочных заболеваниях).
78. Медико-психологические аспекты при эндокринных заболеваниях.
79. Медико-психологические проблемы в хирургии. Особенности психологического подхода к больному перед хирургической операцией, в ходе операции и в послеоперационном периоде. Психология хирургических больных в зависимости от профиля отделения. Психоонкология.
80. Вопросы медицинской психологии в акушерстве и гинекологии. Психологические аспекты, связанные с менструальным циклом и нарушением полового чувства. Медико-психологические вопросы при лечении гинекологических заболеваний. Психологические аспекты беременности, при родах и в послеродовом периоде.
81. Понятие конфликта. Внутриличностные, межличностные и групповые конфликты.

Предупреждение и разрешение межличностных конфликтов. Причины возникновения конфликтов в медицинской среде и способы их урегулирования.

82. Пациент и микросреда в ходе лечения (социальная психология групп). Медицинская среда как лечебный фактор. Отношения между больными.

Форма экзаменационного билета по дисциплине

Государственное образовательное учреждение
Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко

Утверждаю
медицинский факультет и.о. зав. кафедрой
кафедра терапии _____доц. Ю.Н. Березюк
«____»_____2024 г.

Дисциплина «Психиатрия, медицинская психология»
Специальность: «Лечебное дело», «Педиатрия»,

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Проблема стигматизации лиц с психическими расстройствами. Основные положения Закона ПМР «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании».
2. Клинические формы и типы течения шизофрении.
3. Алкогольный делирий и его варианты. Тяжелые формы алкогольного делирия.
4. Концепция внутренней картины болезни. Психологические механизмы формирования отношения к болезни.
5. Задача

Составили: _____ асс. Грудогло И.С.,
_____ преп. Банул К.А.

Критерии оценки:

оценка «отлично»: глубокие и твердые знания всего программного материала учебной дисциплины, содержащегося в рекомендованной (основной и дополнительной) литературе, глубокое понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; логически последовательные, полные, правильные и конкретные ответы на поставленные вопросы; возможность применить в полном объеме теоретические знания для решения ситуационных задач.

оценка «хорошо»: достаточно твердые знания программного материала учебной дисциплины, содержащегося в основной и дополнительной литературе, правильное понимание сущности назначения лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом; правильные, без существенных неточностей, ответы на поставленные вопросы, самостоятельное устранение замечаний о недостаточно полном освещении отдельных положений; умение самостоятельно, применять основные теоретические знания к решению ситуационных задач;

оценка «удовлетворительно»: знание основного материала учебной дисциплины без частных особенностей; поверхностное понимание сущности назначения

лекарственных средств при различных заболеваниях; определение взаимодействия лекарственных средств друг с другом - правильные, без грубых ошибок ответы на поставленные вопросы; умение применять теоретические знания к решению основных задач;

оценка «неудовлетворительно»: отсутствие знаний значительной части программного материала; неправильный ответ хотя бы на один из основных вопросов билета, существенные и грубые ошибки в ответах на дополнительные вопросы, недопонимание сущности излагаемых вопросов; неумение применять теоретические знания при решении ситуационных задач