

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
неврологии имени В.М. Бехтерева»**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»  
профессор

\_\_\_\_\_ Н.Г. Незнанов

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«Психиатрия»**

Основная профессиональная образовательная программа – программа подготовки  
кадров высшей квалификации

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки  
Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1062

Квалификация:  
***Врач-психиатр***

Форма обучения  
*очная*

Санкт-Петербург  
2018

Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения  
дисциплины

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Форма оценочного средства
Общая и частная психиатрия	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Клиническая психофармакология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания
Психосоциальная реабилитация	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Непсихотические психические расстройства	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Клиника и современные модели комплексного лечения психических расстройств позднего возраста	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Основы суицидологии	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Тестовые задания
Правовые аспекты психиатрии	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Лучевая и функциональная диагностика в психиатрии	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Промежуточный контроль	Контрольные вопросы
Все разделы	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	Итоговая аттестация по дисциплине в форме дифференцированного зачета.	Контрольные вопросы, клинические (ситуационные) задачи, тестовые задания

## Методические материалы и критерии оценки для проведения контроля

Проведение текущего контроля знаний, умений и владений по дисциплине «Психиатрия» осуществляется путем учета посещения занятий, заполнения дневника ординатора, устного опроса ординатора на занятиях.

Промежуточная аттестация ординаторов после освоения каждого раздела дисциплины осуществляется посредством устного собеседования по контрольным вопросам и результатов тестов, а также клинических (ситуационных) задач). Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 10 минут, после чего дает устный ответ. В случае тестирования, каждый ординатор получает тест, состоящий из 20 вопросов, отвечает в течение 30 минут, после чего сдает тест на проверку. Критерием зачета по результатам тестирования является 70 и более процентов правильных ответов. В случае получения клинической (ситуационной) задачи, каждый ординатор получает билет с задачей, в течение 30 минут готовится, после чего дает устный ответ на вопросы задачи. Ответ оценивается по системе зачтено/не зачтено.

Итоговый контроль знаний, умений, владений по окончании дисциплины проводится в форме дифференцированного зачета, выполнения курсовой работы. Дифференцированный зачет проводится в устной форме по билетам. При проведении устного дифференцированного зачета экзаменационный билет выбирает сам аттестуемый ординатор. Билет содержит клиническую (ситуационную) задачу. Во время проведения дифференцированного зачета ординатору разрешается оформлять ответы на вопросы билета в письменном виде либо полностью, либо тезисно. Время подготовки для ответа на вопросы, содержащиеся в билете 30 минут. Оценка по результатам объявляется аттестуемому ординатору после окончания ответа по билету.

Подготовка и защита курсовой работы является формой оценки выполнения обучающимся в ординатуре самостоятельных работ, заданий на практических и семинарских занятиях, проверки полноты усвоения им теоретических знаний и практических навыков в объеме учебной программы. Курсовая работа подготавливается и оформляется согласно требованиям к оформлению курсовых работ.

### Критерии оценки результатов итоговой аттестации

Оценка	Критерий оценки
Отлично	Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, которое демонстрирует полное соответствие знаний, умений, навыков приведенным в таблицах показателям, оперирует приобретенными знаниями, умениями, применяет их в ситуациях повышенной сложности. Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
Хорошо	Оценка «хорошо» выставляется, если

	<p>обучающееся лицо твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Обучающееся лицо демонстрирует частичное соответствие знаний, умений, навыков, основные знания, умения освоены, но допускаются незначительные ошибки, неточности, затруднения при аналитических операциях, переносе знаний и умений на новые, нестандартные ситуации</p>
<p>Удовлетворительно</p>	<p>Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.</p> <p>Обучающееся лицо демонстрирует неполное соответствие знаний, умений, навыков, в ходе контрольных мероприятий обучающееся лицо допускаются значительные ошибки, проявляется отсутствие знаний, умений, навыков по ряду показателей, обучающееся лицо испытывает значительные затруднения при оперировании знаниями и умениями при их переносе на новые ситуации.</p>
<p>Неудовлетворительно</p>	<p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, демонстрирует явную недостаточность знаний, умений, навыков в соответствии с приведенными показателями.</p>

## **Формы оценочных средств**

- 1. Перечень контрольных вопросов (n=424) (Приложение 1).**
- 2. Перечень тестовых вопросов (n=305) (Приложение 2).**
- 3. Перечень клинических (ситуационных) задач (n=33) (Приложение 3).**

**Перечень контрольных вопросов**

1. Современное состояние проблемы общей психопатологии и классификация психопатологических синдромов
2. История учения об общих психопатологических закономерностях
3. Понятие симптомов и синдромов. Синдром как закономерная совокупность симптомов
4. Роль аффективных расстройств в синдромообразовании
5. Классификация психопатологических синдромов, ее принципы
6. Понятие позитивных и негативных расстройств
7. Типичные и атипичные синдромы, понятие о простых и сложных, малых и больших синдромах
8. Понятие о регистрах психических нарушений
9. Видоизменение синдромов и их трансформация и более тяжелые регистры расстройств
10. Астенический синдром. Определение понятия. Основные проявления. Физическая и психическая истощаемость. Раздражительная слабость. Гиперестезия, аффективная лабильность. Расстройства мышления (астенический ментизм). Соматовегетативные расстройства
11. Аффективные синдромы. Определение понятия. Характеристика психопатологических проявлений. Понятие о триаде аффективных расстройств. Классификация аффективных синдромов
12. Депрессивные синдромы, определение понятия, классификация. Простые по структуре депрессивные синдромы. Определение понятия. Депрессия с идеями самообвинения.
13. Депрессия с идеями самоуничтожения.
14. Меланхолическая депрессия.
15. Анестетическая депрессия.
16. Тревожная депрессия.
17. Ажитированная депрессия. Дисфорическая (брюзжащая) депрессия.
18. Адинамическая депрессия
19. Апатическая депрессия.
20. Ступорозная (заторможенная) депрессия.
21. Ироническая (улыбающаяся) депрессия.
22. Слезливая депрессия.
23. Депрессия с бредом осуждения.
24. Депрессия с бредом ущерба и обыденных отношений.
25. Депрессия с интерпретативным бредом
26. Депрессия с параноидным бредом
27. Депрессия с парафренным бредом
28. Сенестоипохондрические депрессии
29. Депрессии с бредом
30. Депрессии с галлюцинациями
31. Депрессии с кататоническими расстройствами
32. Нозологическая классификация депрессий по П.Кильхгольцу
33. Эндогенные депрессии
34. Соматогенные депрессии
35. Психогенные депрессии
36. Органические депрессии
37. Шизофреноподобные депрессии

38. Циркулярные депрессии
39. Периодические депрессии
40. Инволюционные депрессии
41. Невротические депрессии
42. Депрессии истощения
43. Реактивные депрессии
44. Маниакальные синдромы, определение понятия, систематика
45. Мания с идеями переоценки
46. Мания с идеями величия
47. Веселая мания
48. Гневливая мания
49. Непродуктивная мания
50. Спутанная мания
51. Маниакальные состояния с бредом инсценировки
52. Мании с острым фантастическим бредом
53. Мании с онейроидом
54. Мании с дурашливостью
55. Маниакальные состояния с интерпретативным бредом
56. Маниакальные состояния с галлюцинозом
57. Маниакальные состояния с параноидным бредом
58. Маниакальные состояния с парафренным бредом
59. Неврозоподобные синдромы. Систематика неврозоподобных синдромов
60. Обсессивный синдром. Варианты обсессивного синдрома.
61. Деперсонализация и дереализация, определение, связь с другими расстройствами.
62. Ипохондрический синдром, его виды
63. Истерический синдром и его варианты
64. Определение понятия и классификация бреда
65. Первичный и вторичный бред
66. Аффективный (голотимный) бред
67. Понятие конгруэнтного бреда
68. Понятие кататимного бреда
69. Понятие бредового аффекта
70. Понятие сверхценного бреда
71. Интерпретативный бред
72. Варианты параноидального синдрома в зависимости от фабулы
73. Варианты параноидального синдрома по течению (острый, хронический)
74. Чувственный бред
75. Бред инсценировки
76. Синдром Капгара
77. Бред символического значения
78. Антагонистический бред
79. Острый фантастический бред
80. Определение понятия, классификация галлюцинаторных синдромов
81. Понятие иллюзий, их виды
82. Понятие функциональных галлюцинаций
83. Понятие рефлекторных галлюцинаций
84. Варианты галлюцинаторного синдрома по виду расстройств восприятия (зрительные, слуховые и др.)
85. Варианты галлюцинаторного синдрома по течению (острые, хронические)
86. Галлюцинации истинные
87. Псевдогаллюцинации
88. Галлюцинации воображения

89. Определение понятия психические автоматизмы. Виды психических автоматизмов, особенности их проявления
90. Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского-Клерамбо). Варианты галлюцинаторно-параноидного синдрома по структуре (бредовой и галлюцинаторный). Варианты галлюцинаторно-параноидного синдрома по течению (острый, хронический)
91. Определение понятия парафренный синдром
92. Варианты парафренного синдрома по структуре (систематизированная, псевдогаллюцинаторная, экспансивная, конфабуляторная парафрения), особенности их проявления. Варианты парафренного синдрома по течению (острый, хронический), особенности их проявления
93. Определение понятия, классификация кататонические синдром
94. Кататонический ступор, его варианты, особенности проявления
95. Кататоническое возбуждение, варианты, особенности проявления
96. Онейроидная кататония
97. Люцидная кататония
98. Синдромы нарушения сознания (помраченного и угнетенного)
99. Основные признаки синдромов помрачения сознания по К.Ясперсу
100. Оглушение, определение, психопатологическая характеристика
101. Делирий, определение, психопатологическая характеристика
102. Аменция, определение, психопатологическая характеристика
103. Онейроидной помрачение сознания, определение, психопатологическая характеристика
104. Сумеречное помрачение сознания, определение, психопатологическая характеристика
105. Понятие амбулаторных автоматизмов
106. Аура сознания, определение, психопатологическая характеристика, классификация.
107. Кратковременные психические расстройства (исключительные состояния), другие виды измененного сознания
108. Виды судорожных припадков
109. Амнестические синдромы, определение, психопатологическая характеристика, классификация
110. Корсаковский синдром
111. Дебильность, определение, психопатологическая характеристика, классификация
112. Имбецильность, определение, психопатологическая характеристика, классификация
113. Идиотия, определение, психопатологическая характеристика, классификация
114. Приобретенное слабоумие, определение, психопатологическая характеристика, классификация
115. Тотальное слабоумие, определение, психопатологическая характеристика, классификация
116. Лакунарное слабоумие, определение, психопатологическая характеристика, классификация
117. Слабоумие в структуре различных психических заболеваний
118. Исследование психического состояния больного путем расспроса
119. Метод наблюдения при исследовании психического состояния больного
120. Психометрические шкалы
121. Общесоматическое исследование больного
122. Неврологическое исследование больного



123. Экспериментально-психологическое исследование
124. Лабораторные, генетические и морфологические методы исследования
125. Морфологическое и биохимическое исследование крови и мочи
126. Серологическое исследование крови
127. Определение содержания психотропных препаратов в крови
128. Исследование спинномозговой жидкости
129. Рентгенологические методы исследования
130. Краниография; рентгенологические признаки, выявляемые посредством краниографии
131. Церебральная ангиография; рентгенологические признаки, выявляемые посредством церебральной ангиографии
132. Электроэнцефалографическое исследование
133. М - эхография (М-эхо)
134. Компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс
135. Генетические методы исследования психически больных
136. Патологоанатомическое исследование в психиатрии
137. Микроскопическое исследование
138. Гистологическое исследование
139. Оформление истории болезни
140. Субъективный и объективный анамнез, катамнез
141. Первичный психический статус
142. Соматический и неврологический статус
143. Дневник врачебного наблюдения
144. Динамический статус
145. Этапный эпикриз, выписной эпикриз
146. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии аффективных психозов
147. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии циклотимии
148. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии дистимии
149. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии ларвированные депрессии
150. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, современные классификации основные принципы и особенности терапии шизофрении
151. Непрерывнотекущая шизофрения
152. Злокачественная юношеская шизофрения, основные характеристики
153. Параноидная шизофрения, основные характеристики и этапы течения
154. Вялотекущая шизофрения, ее варианты, основные характеристики, изменения личности
155. Рекуррентная шизофрения, ее особенности, варианты приступов: онейроидно-кататонические, депрессивно-параноидные, аффективные
156. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения, ее особенности
157. Шизофрения детского возраста
158. Шизофрения подросткового и юношеского возраста, гебоидофрения
159. Шизофрения в инволюционном периоде и старости

160. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии шизоаффективных психозов
161. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии пограничных состояний
162. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, современная классификация, основные принципы и особенности терапии расстройств личности (психопатий)
163. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии зависимое расстройства личности (астеническая психопатия).
164. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии ананкастическое (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия, ананкастический вариант).
165. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (психастеническая психопатия, тревожно-мнительный вариант).
166. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии истерическое расстройство личности
167. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии шизоидное расстройство личности
168. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии параноидное расстройство личности (паранойальная психопатия).
169. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии эмоционально-неустойчивое расстройство личности
170. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии диссоциальное расстройство личности
171. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, классификация, основные принципы и особенности терапии психогенных (реактивных) психозов
172. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии острые аффективно-шоковые состояния (острая реакция на стресс по МКБ-10)
173. Депрессивные реактивные психозы, психогенные депрессии, их клинические особенности, дифференциальные отличия от эндогенных депрессий
174. Истерические реактивные психозы, их дифференциальная диагностика
175. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии посттравматическое стрессовое расстройство
176. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии невротических расстройств

177. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии соматоформная вегетативная дисфункция.
178. Основные формы неврозов. Неврастения. «Ключевые» психогенные факторы при неврастении, особенности личности, клинические варианты. Особенности клинических проявлений невротических синдромов и соматовегетативных расстройств при неврастении. Невроз навязчивых состояний. Клинические варианты, “ключевые” психогенные факторы и особенности личности при неврозе навязчивых состояний. Соматовегетативные и невротические нарушения при неврозе навязчивых состояний
179. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии олигофрении
180. Общая характеристика травматических поражений головного мозга, их патогенез и классификация.
181. Особенности основных психотических синдромов при черепно-мозговой травме. Лабораторное обследование при черепно-мозговой травме - анализ ликвора, ЭЭГ, КТ, ЯМР, ЭХО-графия
182. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии баротравм
183. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, классификация, основные принципы и особенности терапии опухоли головного мозга
184. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, основные принципы и особенности терапии сифилис головного мозга
185. Определение понятия, этиология и патогенез, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности, классификация, основные принципы и особенности терапии энцефалитов
186. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции, клинические проявления, особенности течения, возрастные особенности
187. Лечебный процесс как единство биологических и психосоциальных воздействий
188. Соотношение “биологических” и ”социальных” методов терапевтических воздействий в зависимости от этапа течения заболевания
189. Принцип динамичности терапии
190. Профилактика затяжных, подострых состояний
191. Методы преодоления первичной и вторичной резистентности
192. Современные возможности профилактической терапии
193. Поддерживающая терапия и методы купирования рецидивов и обострений
194. Амбулаторная купирующая терапия; амбулаторная корригирующая терапия; амбулаторная стабилизирующая терапия
195. Психофармакология как биологический вид терапии психических заболеваний
196. Патогенетический характер лечебного действия психофармакологических средств
197. Общие представления о механизме действия психотропных средств на нейрорегуляторные процессы
198. Общие принципы психофармакотерапии
199. Фармакокинетика и фармакодинамика психотропных средств
200. Критерии и показатели прогноза психофармакотерапии

201. Клиническая классификация психотропных средств.
202. Действие психофармакологических средств (собственно психотропное, нейротропное, соматотропное)
203. Понятие психотропной активности средств
204. Лечебное и побочные действия психотропных средств
205. Понятие спектра психотропного действия
206. Понятие общего и избирательного действия
207. Вопросы унифицированной оценки психотропных свойств препаратов при их клинической апробации, характеристика оценочных шкал
208. Вопросы привыкания к психотропным средствам и злоупотребления ими
209. Вопросы фармакологического патоморфоза эндогенных психозов при лечении психотропными средствами
210. Определение нейролептиков, понятие нейролепсии. Механизм действия и классификация.
211. Особенности психотропного действия нейролептиков фенотиазинового ряда. Клинические показания, их применение и прогноз
212. Особенности психотропного действия нейролептиков - производных бутирофенонов. Характеристика отдельных представителей и методика лечения этими препаратами. Клинические показания, их применение и прогноз
213. Особенности психотропного действия нейролептиков - производных тioxантена. Клинические показания, их применение и прогноз
214. Характеристика терапевтических свойств отдельных препаратов (клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон, амисульпирид, zipразидон) и методика их применения. Клинические показания, их применение и прогноз
215. Особенности психотропного действия нейролептиков - производных замещенных бензамидов (сульпирид, сультоприд, тиаприд). Клинические показания, их применение и прогноз
216. Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Меры профилактики и лечения побочных эффектов и осложнений терапии нейролептиками. Средства коррекции побочного действия нейролептической терапии
217. Механизм действия и клиническая фармакология антидепрессантов. Современная классификация антидепрессантов. Клинические показания, их применение и прогноз
218. Трициклические и гетероциклические антидепрессанты. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
219. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам и др.) Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
220. Антидепрессанты «двойного действия» (селективные ингибиторы реаптейки серотонина и норадреналина, специфический норадреналин-серотонинэргический антидепрессант)- дулоксетин, миналципрам, венлафаксин, миртазапин. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
221. Ингибиторы МАО. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
222. Другие антидепрессанты, не входящие в вышеперечисленные группы (тианептин, S-аденилметионин, азафен). Клинические показания, их применение и

- прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
223. Транквилизаторы (анксиолитики). Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия. Побочные действия и осложнения, меры их профилактики и лечения. Вопросы привыкания к транквилизаторам, злоупотребления ими
224. Транквилизаторы-гипнотики (имован, ивадал и др. ). Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
225. Психостимуляторы. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
226. Ноотропы (нейрометаболические активаторы), их классификация. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
227. Нормотимики (тимоизолептики, тимостабилизаторы). Определение и общие особенности их психотропного действия. Клинические показания, их применение и прогноз. Характеристика отдельных представителей и особенности их психотропного действия
228. Клиническая характеристика психотропных свойств отдельных представителей этого класса (соли лития, карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламатридин, блокаторы кальциевых каналов- нифедипин, верапамил). Показания и противопоказания
229. Клиническая характеристика психотропных свойств отдельных препаратов продленного действия (модитен-депо, клопиксол-депо, флюанксол-депо, галаперидола-деканоат, рисполепт-конста). Показания и противопоказания к клиническому применению. Побочные действия и осложнения при использовании отдельных препаратов продленного действия
230. Современное представление о механизмах действия ЭСТ. Показания и противопоказания к ЭСТ. Методика ЭСТ. Подготовка больного к сеансу ЭСТ. Комбинирование ЭСТ с другими видами терапии
231. Инсулинотерапия. Современные представления о механизме лечебного действия инсулина и инсулиновых ком. Вопросы резистентности к инсулинотерапии и пути ее преодоления. Показания к применению инсулина
232. Атропинокоматозная терапия. Современное представление о механизме действия. Две стадии влияния на центральную нервную систему. Методика атропинокоматозной терапии. Клиника атропиновой комы. Показания и противопоказания к атропинокоматозной терапии. Побочные действия и осложнения, борьба с ними
233. Пиротерапия. Современное представление о механизме лечебного действия. Показания и противопоказания к пиротерапии. Методика терапии пирогенолом
234. Метод депривации сна
235. Свето- (фото) терапия.
236. Лечение сном (медикаментозный и электросон).
237. Психотерапия. Общие вопросы психотерапии. История развития психотерапии. Факторы лечебного действия психотерапии
238. Классификация основных направлений в психотерапии.
239. Интегративные модели психотерапии.
240. Создание психотерапевтического режима в семье
241. Создание психотерапевтического режима в условиях производства
242. Создание психотерапевтического режима в лечебных учреждениях

243. Основные направления современной психотерапии
244. Динамическая психотерапия.
245. Личностно-ориентированная (индивидуальная и групповая) психотерапия.
246. Психоаналитическая терапия.
247. Поведенческая психотерапия.
248. Методы конфронтации и десенсибилизации.
249. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия
250. Гуманистическая (экзистенциальная) психотерапия
251. Клиент-центрированная психотерапия.
252. Гештальттерапия.
253. Гипнотерапия
254. Семейная психотерапия
255. Психотерапия в психиатрической клинике.
256. Оценка эффективности психотерапии.
257. Трудотерапия в психиатрии
258. Демографические, социологические вопросы старости и старения.
259. Социально-гигиенические, социологические, социально-психологические проблемы старения и долголетия
260. Возрастная классификация по ВОЗ.
261. Основные причины увеличения населения в старших возрастных группах (падение рождаемости, повышения уровня доживания до старческого возраста, демографические последствия войн).
262. Взаимосвязь образа жизни и здоровья, социальная адаптация к пенсионному возрасту
263. Социальная активность старого человека в трудовой общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.
264. Геронтологическая государственная политика. Законодательство в области социального обеспечения старости
265. Организация медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста
266. Медицинская психология, медицинская этика и деонтология в гериатрии
267. Теоретические основы геронтологии и гериатрии
268. Представление о сущности старения, современные геронтологические концепции. возраста.
269. Теории старения, старость, представление о физиологическом и патологическом старении
270. Положение старого человека в семье и обществе
271. Общие закономерности регуляции обмена веществ и энергии при старении.
272. Энергетический обмен и возраст, значение энергетического обеспечения тканей в жизнедеятельности организма
273. Возрастные особенности регуляции энергетического обмена и взаимосвязь с возрастной патологией
274. Определение понятий геронтологии и гериатрии, цели и задачи науки геронтологии, цели и задачи гериатрии
275. Особенности клинической фармакологии психотропных препаратов у лиц пожилого и старческого возраста: подбор доз, частота развития побочных эффектов.
276. Социальная гигиена как наука и предмет преподавания
277. Организм и среда, биосоциальные аспекты здоровья и болезни
278. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения
279. Санитарно-гигиеническое просвещение в амбулаторно-поликлинических учреждениях

280. Санитарно-гигиеническое просвещение в стационаре
281. Санитарное просвещение в организованных коллективах
282. Санитарное просвещение среди родственников больного
283. Антиалкогольное санитарное просвещение в дифференцированных группах населения
284. Санитарное просвещение по профилактике наркоманий и токсикоманий
285. Просвещение населения в области психиатрии и охраны психического здоровья
286. Привлечение СМИ к деятельности по охране психического здоровья
287. Организационные формы реабилитации психически больных
288. Лечебно-трудовые мастерские, лечебно-производственные предприятия, их структура и место в трудовой реабилитации
289. Эпидемиология алкоголизма. Медицинские и социально-правовые вопросы. Этиология и патогенез. Клиника алкоголизма. Возрастные и гендерные особенности алкоголизма. Изменения личности при алкоголизме. Алкогольные психозы.
290. Наркомании. Определение понятия “наркомания”. Медицинский, социальный и юридический критерий. История наркотизма и современное состояние проблемы
291. Классификация психоактивных веществ (ПАВ)
292. Эпидемиология наркоманий. Этиология и патогенез. Клиника наркоманий. Состояние острой интоксикации. Синдром измененной реактивности. Синдром психической зависимости. Синдром физической зависимости. Изменения личности при хронической интоксикации ПАВ. Соматоневрологические нарушения при хронической интоксикации ПАВ
293. Клиника опиизма (морфинизма) и наркоманий, связанных с употреблением синтетических производных, кустарно приготовленных опиатов (героин, ацелированный опий)
294. Гашишная наркомания. Состояние острой интоксикации. Состояние отмены.
295. Психические и соматические нарушения. Острые и хронические гашишные психозы
296. Дифференциальная диагностика острых и хронических гашишных психозов с шизофренией и острыми интоксикационными психозами другой этиологии
297. Кокаинизм. Состояние острой интоксикации. Состояние отмены. Психические и соматические нарушения
298. Наркомании, обусловленные употреблением производных эфедрина (эфедрон, первитин) и других стимуляторов, отнесенных к наркотикам. Состояние острой интоксикации. Состояние отмены. Психические и соматические нарушения
299. Барбитуровые наркомании. Состояние острой интоксикации. Состояние отмены. Психические и соматические нарушения
300. Барбитуровый делирий, дифференциальный диагноз с алкогольным делирием
301. Наркомании при злоупотреблении галлюциногенами (психомиметиками). Состояние острой интоксикации. Состояние отмены. Психические и соматические нарушения
302. Токсикомании. Определение понятия “токсикомания”, общая характеристика, отличие от наркоманий. Психические и соматические нарушения
303. Особенности формирования токсикоманий у лиц с психическими нарушениями (пограничные состояния, психопатии, алкоголизм, шизофрения, органическое поражение ЦНС и др.)
304. Токсикомании вследствие злоупотребления средствами гипнотического действия (небарбитуровых снотворных). Острая интоксикация. Клиника

305. Токсикомании вследствие пристрастия к транквилизаторам. Острая интоксикация. Особенности формирования, течение. Состояние отмены. Последствия хронической интоксикации транквилизаторами
306. Токсикомании вследствие пристрастия к нейролептикам
307. Токсикомания вследствие злоупотребления психостимуляторами и антидепрессантами
308. Токсикомания вследствие злоупотребления веществами атропиноподобного действия
309. Токсикомания вследствие злоупотребления синтетическими анальгетиками, не относящихся к наркотикам
310. Токсикомания вследствие злоупотребления средствами бытовой и промышленной химии
311. Никотинизм, понятие, клиника, синдром отмены.
312. Политоксикомании и токсикомания, осложненная алкоголизмом
313. Основные принципы лечения алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
314. Дезинтоксикационная, восстановительная, заместительная и другие виды терапии
315. Методы сенсibiliзирующей терапии и другие виды специфической противоалкогольной терапии
316. Принудительное лечение при лечении алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
317. Амбулаторное купирование запоев и срывов ремиссий при лечении алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
318. Профилактика алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
319. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения
320. Развитие государственных и организационных мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом в РФ
321. Законодательные акты, направленные на борьбу с алкоголизмом и наркоманией
322. Приказы и решения МЗ РФ по организации и лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий
323. Система наркологической службы в здравоохранении
324. Организация санитарно-гигиенического просвещения по вопросам борьбы с алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями
325. Современное состояние учения о эндокринопатиях. Общие закономерности развития психических нарушений при эндокринных заболеваниях. Вопросы этиологии и патогенеза. Клиника психических нарушений- эндокринный психосиндром. Острые психозы при эндокринологической патологии
326. Лечение психических расстройств при эндокринных заболеваниях
327. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно сосудистой системы (внезапная остановка сердца, гипертензивный криз). Диагностика, терапия.
328. Неотложные состояния при заболеваниях дыхательной системы (приступ бронхиальной астмы, пневмоторакс, кровохарканье)
329. Неотложные состояния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (острый живот, кровотечение). Диагностика, терапия.
330. Неотложные состояния при эндокринных заболеваниях (диабетический кетоацидоз, гиперосмолярная и гипогликемическая кома). Диагностика, терапия.
331. Анафилактический шок. Диагностика, терапия.
332. Эпилептический статус. Диагностика, терапия.
333. Задачи и организация деятельности Всероссийской службы медицины катастроф – подсистемы Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций



334. Задачи и организация РСЧС. Роль и место здравоохранения в Единой государственной системе предотвращения и ликвидации чрезвычайных ситуаций
335. Классификация чрезвычайных ситуаций и их поражающие факторы
336. Задачи, организационная структура и основы деятельности Всероссийской службы медицины катастроф
337. Задачи, структура и организация работы формирований службы медицины катастроф
338. Оказание медицинской помощи населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях
339. Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженных в чрезвычайных ситуациях
340. Организация хирургической помощи в чрезвычайных ситуациях.
341. Организация оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи пораженным и пострадавшим в чрезвычайных ситуациях
342. Стандарты неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе
343. Принципы организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП. Техника проведения реанимационных мероприятий
344. Порядок взаимодействия персонала и организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП
345. Юридические и этические вопросы организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП
346. Медицинская помощь при артериальной гипертензии.
347. Медицинская помощь при обмороках и синкопальных состояниях
348. Лечение и профилактика ортостатической гипотензии
349. Лечение и профилактика ИБС
350. Остановка кровообращения. Методы сердечно-легочной реанимации.
351. Дисциркуляторная энцефалопатия, ее виды, лечение.
352. Лечение и профилактика ишемических поражений мозга
353. Лечение и профилактика геморрагических поражений мозга
354. Медицинская помощь при болезнях аорты и крупных артерий
355. Лечение и профилактика заболеваний периферических сосудов.
356. Общие проблемы медицинской психологии и психодиагностики
357. Основы психологического консультирования. Определение и цели психологического консультирования. Структура процесса консультирования. Консультант и консультативный контакт. Перенос и контрперенос в консультировании и психотерапии. Процедура и техники консультирования
358. Клинические основы психотерапии, основные ее направления
359. Клинический анализ больного как основа путей и методов психотерапевтического воздействия
360. Взаимодействие врача и больного как основа определения путей и методов психотерапевтического воздействия. Личность врача как психотерапевтический фактор
361. Эмоционально-стрессовое воздействие и его роль в психотерапевтическом процессе
362. Психоанализ, – классический и современный. История развития психоаналитической терапии. Психоанализ З. Фрейда.
363. Индивидуальная психология и психотерапия А. Адлера
364. Аналитическая психология и коллективное бессознательное по К. Юнгу
365. Русская школа психоанализа
366. Американская школа психоанализа
367. Английская школа психоанализа
368. Французская школа психоанализа

369. Венгерская школа психоанализа
370. Техника проведения психоаналитической терапии
371. Российский клинический психоанализ. Теоретические представления в российском клиническом психоанализе (Н.А. Вырубов, Н.Е. Осипов, Б.С. Грейденберг, Ю.В. Каннабих, А.И. Белкин, Б.Е. Егоров)
372. Основополагающие представления Д. Уотсона и Б. Скиннера. Концепция «стимул-реакция». Основные принципы и методики проведения поведенческой психотерапии
373. Гуманистически-экзистенциальная психотерапия. Отдельные методики психотерапии. Гуманистическая психотерапия.
374. Основные виды расстройств процесса саморегуляции: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия, конфлуенция. Уровни невроза по Ф. Перлсу. Принципы гештальт-терапии
375. Трансактный анализ. Структура личности в трансактном анализе. Типы трансакций (дополнительные, перекрестные, скрытые). Анализ скрытых трансакций. Технические приемы трансактного анализа
376. Основные принципы позитивной психотерапии (позитивная интерпретация, транскультуральный подход, притчи и т.д.)
377. Трансперсональная психотерапия. Понятие об измененном состоянии сознания. Понятие трансперсонального по оценке представителе различных школ. Символика трансперсональных переживаний. Техники работы с мышечными блоками. Клиника трансперсонального опыта. Холотропная терапия. Достоинства и недостатки. Представление о перинатальных матрицах
378. Кататимно-имагинативная психотерапия
379. Источники и основы нейро-лингвистического программирования (НЛП) (М. Эриксон, Ф. Перлс, Д. Бейтсон и др.). Базисные принципы НЛП: «программы» стереотипов поведения, «подстройка» к пациенту и т.д.
380. Психосинтез
381. Религиозно-ориентированная психотерапия
382. Патогенетическая психотерапия по В.Н. Мясищеву
383. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия
384. (Б.Д. Карвасарский)
385. Суггестивная психотерапия. Внушение в бодрствующем состоянии. Способы определения внушаемости. Техника суггестивной психотерапии
386. Фракционный гипноз (по Фогту)
387. Гипноз-отдых (К.И. Платонов)
388. Удлиненные сеансы гипноза (по В.Е. Рожнову)
389. Эмоционально-стрессовая гипнотерапия (В.Е. Рожнов)
390. Гипноз по М. Эриксону
391. Наркогипноз
392. Методика самовнушения по Э. Куэ
393. Самовнушение по В.М. Бехтереву
394. Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону, ее варианты
395. Классическая методика аутогенной тренировки по И. Шульцу
396. Ускоренное обучение аутогенной тренировке (М.С. Лебединский, Г.С. Беляев, А.Т. Филатов)
397. Психотоническая аутогенная тренировка (по К.И. Мироновскому и А.Н. Шогаму)
398. Ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант аутогенной тренировки (по Ю.Л. Покровскому)
399. Объем и содержание понятий «рациональная психотерапия» (П. Дюбуа) и «разъяснительная психотерапия» (В.М. Бехтерев)

400. Взгляды П. Дюбуа и Ж. Дежерина на роль неправильного мышления и эмоциональных факторов в механизмах формирования неврозов
401. Эвристический вариант рациональной психотерапии (Д.В. Панков)
402. Рационально эмоциональная терапия А. Эллиса
403. Когнитивная терапия А. Бека
404. Библиотерапия. Знакомство больного с популярной медицинской литературой. Знакомство больного с элементами научного подхода к его болезни в специальной литературе (психообразование)
405. Групповая и коллективная психотерапия. Объем и содержание понятий «коллективная психотерапия» и «групповая психотерапия»
406. Музыкаотерапия и музыкальная ритмика. Терапия движением
407. Видеотерапия. Объем и содержание понятия
408. Семейная психотерапия
409. Психотерапевтическое лечение занятостью и аспекты трудотерапии, терапии средой
410. Эмоционально-стрессовое воздействие как система психотерапии (В.Е. Рожнов). Виды эмоционально-стрессовой психотерапии
411. Терапия увлеченностью и арт-терапия. Основные факторы психотерапевтического воздействия в арт-терапии. Фактор художественной экспрессии. Фазы психотерапевтических отношений. Арт-терапевтический процесс и его системное описание
412. Терапия творческим самовыражением (М.Е. Бурно). Основные приемы терапии творческим самовыражением: создание творческих произведений, творческое общение с искусством, творческое коллекционирование, ведение дневника и т.д.
413. Расстройства половой идентификации. Нарушения полоролевого поведения. Парафилии, садомазохизм и агрессивное сексуальное поведение. Педофилия и другие нарушения объекта влечения по возрасту. Эксгибиционизм, фетишизм, трансвестизм..
414. Сексуальные расстройства при психопатиях
415. Сексуальные расстройства при алкоголизме и наркоманиях
416. Сексуальные расстройства при эпилепсии
417. Сексуальные расстройства при шизофрении
418. Сексуальные расстройства при олигофрении
419. Общие вопросы юридической ответственности медицинских работников. История правового регулирования медицинской деятельности. Виды юридической ответственности. Уголовная ответственность медицинских работников за совершение профессиональных правонарушений. Причины значимости изучения вопросов уголовно-правовой ответственности медицинских работников. Классификация и виды преступлений, за которые медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности
420. Преступления, за которые медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности на общих основаниях
421. Гражданско-правовая ответственность лечебно-профилактических учреждений
422. Условия наступления гражданско-правовой ответственности в сфере медицинской деятельности
423. Противоправность действий медицинского персонала
424. Административная и дисциплинарная ответственность медицинских работников

**Перечень тестовых вопросов**

**Задание №1**

Срок принудительного лечения психически больного:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не имеет ограничений
- 2) определяется решением суда
- 3) прекращается решением комиссии врачей-психиатров
- 4) зависит от тяжести совершенного правонарушения

**Задание №2**

Если больной судом признан невменяемым, то он:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) автоматически признается недееспособным
- 2) в большинстве случаев направляется на принудительное лечение и освобождается от уголовной ответственности
- 3) направляется на исправительные работы
- 4) несет уголовную ответственность за преступление

**Задание №3**

Решение о невменяемости больного может быть принято:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) комиссией психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу
- 2) решением суда на основании заключения комиссии психиатров, проводящих экспертизу
- 3) определением прокурора
- 4) правильны все перечисленные утверждения

**Задание №4**

Принудительное лечение больного, признанного невменяемым, может быть прекращено по решению:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) только по решению главного врача больницы
- 2) только по решению суда
- 3) только по решению врачебной комиссии
- 4) только по решению прокурора
- 5) только по решению главного психиатра региона, где находится больница

**Задание №5**

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допустимо по заявлению родственников, должностного лица или врача любой медицинской специальности:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) если он отказывается принимать поддерживающую терапию
- 2) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
- 3) если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния
- 5) если он обращается в различные инстанции с жалобами

**Задание №6**

В каких случаях проводится судебно-психиатрическая экспертиза?

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) по требованию родственников
- 2) по определению суда или постановлению следователя
- 3) по требованию правозащитных организаций
- 4) по требованию подследственных

Задание №7

Генетические методы исследования психических больных используются:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) для диагностики психических заболеваний
- 2) для определения прогноза психических заболеваний
- 3) для определения степени риска психических заболеваний у потомства
- 4) ни для чего из перечисленного

Задание №8

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке является наличие у больного тяжелого психического расстройства, которое (возможны несколько вариантов ответа):

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Обуславливает непосредственную опасность больного для себя или окружающих.
- 2) Приводит к выраженной социальной дезадаптации больного.
- 3) Обуславливает беспомощность больного, неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности.
- 4) Обуславливает существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.
- 5) Является причиной конфликтных отношений больного с его социальным окружением.

Задание №9

Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, должно быть проведено в течение:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Первых 24 часов.
- 2) Первых 48 часов.
- 3) Первых 72 часов.
- 4) Первых 5-ти суток.
- 5) По запросу судьи.

Задание №10

Могут ли быть допущены в отделения психиатрической больницы представители общественных организаций, осуществляющих в соответствии со своими уставами контроль за соблюдением прав и законных интересов пациентов-

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Категорически нет.
- 2) Только с разрешения администрации больницы.

Задание №11

Могут ли психиатрические учреждения давать информацию о пациенте, содержащую врачебную тайну, другим лицам?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Только близким родственникам.

- 2) Только близким родственникам с согласия пациента.
- 3) Любым лицам.
- 4) Любым лицам с согласия пациента.

#### Задание №12

Какие критерии включает формула невменяемости и недееспособности?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Медицинский.
- 2) Психиатрический.
- 3) Юридический.
- 4) Социальный.
- 5) Эпидемиологический.

#### Задание №13

Основными задачами психотерапевтического кабинета общесоматической поликлиники являются

Выберите несколько из 3 вариантов ответа:

- 1) консультативно-диагностический отбор больных для лечения в кабинете
- 2) оказание медицинской помощи психотерапевтическими методами, при необходимости - в комбинации с медикаментозными и физическими методами лечения
- 3) ни то, ни другое

#### Задание №14

Как вы считаете, какие из нижеперечисленных синдромов имеют наибольшее распространение в населении (укажите два наиболее распространенных синдрома)?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) маниакальный
- 2) депрессивный
- 3) параноидный
- 4) паранойяльный
- 5) астенический

#### Задание №15

Что является обязательным условием для первичного освидетельствования психически больного, не опасного для себя и окружающих?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) согласие родственников
- 2) направление участкового врача
- 3) заявление соседей
- 4) просьба общественных организаций
- 5) согласие больного

#### Задание №16

Что предусматривает консультативный учет в психоневрологическом диспансере?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) регулярное посещение врачом больного на дому
- 2) приглашение больному посетить психоневрологический диспансер
- 3) осмотр больного по его инициативе
- 4) все вместе

#### Задание №17

Что предусматривает динамический учет в психоневрологическом диспансере?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) посещение больных врачом на дому
- 2) приглашение больному посетить психоневрологический диспансер
- 3) осмотр больного по его инициативе
- 4) информирование о состоянии здоровья больного руководителей учреждения, где он работает
- 5) помощь в трудоустройстве

Задание №18

Госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке может быть осуществлена

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) во всех случаях
- 2) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
- 3) если в силу психического заболевания беспомощен
- 4) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния (ст.23 "Закона")

Задание №19

На какой предельно допустимый срок гражданин может быть признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности вследствие психического расстройства?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Не более 1 года.
- 2) Не более 3-х лет.
- 3) Не более 5 лет.

Задание №20

Для какого из ниже перечисленных синдромов характерны яркие зрительные галлюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание №21

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание №22

Галлюцинации представляют собой

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ложные, мнимые восприятия

- 2) ошибочные восприятия
- 3) искаженные восприятия

#### Задание №23

Иллюзии это -

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) ошибочные восприятия с неправильным узнаванием
- 2) искаженные восприятия без нарушения узнавания
- 3) ложные, мнимые восприятия

#### Задание №24

Психосенсорные расстройства представляют собой

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) искаженные восприятия, при которых возможно узнавание объекта
- 2) ложные, мнимые восприятия
- 3) ошибочные восприятия

#### Задание №25

Гипестезии характерны для:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) состояний выключения сознания
- 2) олигофрений
- 3) шизофрении
- 4) эпилептоидной психопатии
- 5) тяжелой депрессии

#### Задание №26

Парестезии локализуются обычно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) на поверхности тела
- 2) во внутренних органах
- 3) только на лице

#### Задание №27

Сенестопатии характеризуются:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) преобладанием тягостных, трудно описываемых ощущений
- 2) четкой образностью переживаний
- 3) отсутствием предметности в переживаниях
- 4) четкой локализацией
- 5) непостоянством локализации

#### Задание №28

Для какого из ниже перечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром



### Задание №29

Больной заявляет, что "все окружающее потеряло смысл действительности: столы, стулья, люди - все не действительное", "мир выглядит неотчетливо, неясно, призрачно, как будто через вуаль". Выберите правильный ответ из ниже перечисленных:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) псевдогаллюцинации
- 2) истинные галлюцинации
- 3) дереализация
- 4) иллюзии
- 5) деперсонализация
- 6) симптомы "нарушения схемы тела"

### Задание №30

Больная испытывает тягостные, мучительные, крайне неприятные ощущения, исходящие из различных частей тела и внутренних органов. Ощущения настолько необычны, что больная применяет такие выражения: "бульканье в голове", "переворачивается мозг", "пожар в легких", "перекручивание кишечника". При объективном исследовании патологии внутренних органов не выявлено. О каком психопатологическом симптоме следует думать?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) иллюзии
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) истинные галлюцинации
- 4) сенестопатии
- 5) гиперестезия
- 6) гипостезия

### Задание №31

Больной ощущает, что голова его увеличивается, расширяется, разбухает, руки и ноги укорачиваются или, наоборот, удлиняются. Укажите правильный ответ из ниже перечисленных:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) истинные галлюцинации
- 2) дереализация
- 3) псевдогаллюцинации
- 4) симптомы "нарушения схемы тела"
- 5) психическая деперсонализация
- 6) иллюзии

### Задание №32

Больной ощущает в полости тела жабу и змею, описывает их движения. Относится к этому без критики. О каком психопатологическом симптоме следует думать?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) иллюзии
- 2) сенестопатии
- 3) галлюцинации
- 4) деперсонализация
- 5) навязчивые идеи

### Задание №33

К нарушениям восприятия относятся:

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) мутизм
- 2) ментизм
- 3) бред
- 4) дереализация
- 5) иллюзии
- 6) галлюцинации

Задание №34

К проявлениям деперсонализации относятся:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) чувство отчуждения своего голоса
- 2) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
- 3) наблюдение за своими действиями как бы со стороны
- 4) изменение цвета окружающих предметов

Задание №35

Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) произвольно возникающих перед засыпанием
- 2) возникающих при закрытых глазах
- 3) возникающих при открытых глазах
- 4) ни одного из перечисленных

Задание №36

Вербальные иллюзии воспринимаются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вместе с какими-либо словами окружающих
- 2) вместо каких-либо слов окружающих
- 3) независимо от звуковых раздражителей
- 4) ничем из перечисленного

Задание №37

Функциональные галлюцинации воспринимаются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) вместе с каким-либо раздражителем
- 2) вместо какого-либо раздражителя
- 3) независимо от раздражителя
- 4) ничем из перечисленного

Задание №38

Выберите симптомы, характерные для патологии мышления при шизофрении

Выберите несколько из 10 вариантов ответа:

- 1) детализация
- 2) резонерство
- 3) разорванность
- 4) обстоятельность
- 5) мутизм
- 6) аутистическое мышление
- 7) тугоподвижность
- 8) ментизм
- 9) вязкость
- 10) инкогеренция

#### Задание №39

Отметьте симптомы, характерные для патологии мышления при эпилепсии  
Выберите несколько из 10 вариантов ответа:

- 1) детализация
- 2) резонерство
- 3) разорванность
- 4) обстоятельность
- 5) мутизм
- 6) аутистическое мышление
- 7) тугоподвижность
- 8) ментизм
- 9) вязкость
- 10) инкогеренция

#### Задание №40

Термин "шперрунг" используется для обозначения переживания больным  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) возникновения чуждых мыслей
- 2) внезапной остановки, обрыва мыслей
- 3) скачки идей
- 4) замедленного мышления

#### Задание №41

Возникновение синдрома сверхценных идей тесно связан с событиями:  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 2) связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 3) эмоционально значимыми для больного
- 4) ничем из перечисленного

#### Задание №42

К какому из приведенных ниже типов формальных расстройств мышления относится оторванность от реальности, погруженность в мир внутренних переживаний?  
Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) болезненно замедленное мышление
- 2) болезненно ускоренное мышление
- 3) резонерское мышление
- 4) аутистическое мышление
- 5) разорванное мышление
- 6) бессвязное мышление

#### Задание №43

Укажите характерные для ускоренного процесса мышления признаки  
Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) отвлекаемость внимания
- 2) поверхностность ассоциаций
- 3) бесплодное мудрствование
- 4) прикованность внимания
- 5) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

#### Задание №44

Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
- 2) четко оформленного бреда преследования
- 3) необъяснимого мучительного беспокойства
- 4) приобретения окружающим иного смысла
- 5) психосенсорных расстройств

Задание №45

Для интерпретативного бреда (бреда толкования) характерны

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) монотематичность бреда
- 2) политематичность бреда
- 3) внутренняя логика доказательств и систематизация бреда
- 4) отсутствие систематизации
- 5) нарушения чувственного познания окружающего мира

Задание №46

Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) политематичностью бреда
- 2) монотематичностью бреда
- 3) выраженностью аффекта тревоги, страха
- 4) повышенным фоном настроения
- 5) ничем из перечисленного

Задание №47

Для какого из ниже перечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром

Задание №48

Для какого из ниже перечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

Задание №49

Для какого синдрома характерен мегаломанический бред?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) делириозный синдром
- 2) аментивный синдром
- 3) депрессивный синдром

- 4) Кандинского-Клерамбо синдром
- 5) маниакальный синдром
- 6) парафренный синдром

Задание №50

Для какого синдрома характерен острый чувственный бред?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) параноидный синдром
- 2) парафренный синдром
- 3) астенический синдром
- 4) паранойяльный синдром

Задание №51

Для каких синдромов характерно переживание вкладывания и отнятия мыслей?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) астенический синдром

Задание №52

Для какого синдрома характерно бессвязное мышление?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) парафренный синдром

Задание №53

Какой из нижеперечисленных симптомов не укладываются в структуру синдрома Кандинского-Клерамбо?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные вербальные галлюцинации
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) бред воздействия
- 4) симптом "открытости мыслей" (психические автоматизмы)

Задание №54

Инкогерентное (бессвязное) мышление характерно

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) для делириозного синдрома
- 2) для аментивного синдрома
- 3) для синдрома Кандинского-Клерамбо
- 4) для депрессивного синдрома
- 5) для Корсаковского синдрома

Задание №55

Для параноидного синдрома характерны следующие симптомы

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) эхолалия

- 2) психические автоматизмы
- 3) инкогеренция мышления
- 4) истинные галлюцинации
- 5) псевдогаллюцинации

Задание №56

Какие патологические идеи характерны для параноидного синдрома?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) навязчивые идеи
- 2) сверхценные идеи ревности
- 3) бредовые идеи преследования и воздействия
- 4) навязчивые страхи
- 5) бредовые идеи величия и преследования

Задание №57

Бред ревности может встречаться

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) при алкогольных психозах
- 2) при шизофрении
- 3) при сосудистых психозах
- 4) при неврозе навязчивых состояний

Задание №58

Навязчивый страх (фобия) характеризуется

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) периодическим произвольным повторением
- 2) постоянным непрерывным характером с полным отсутствием критики
- 3) конкретным содержанием
- 4) обязательным переходом в бредовые идеи
- 5) Критическим отношением пациента и попыткой борьбы со страхом

Задание №59

Какие из перечисленных действий и движений относятся к ритуалам

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) сопряженные с навязчивыми страхами
- 2) сопряженные с навязчивыми сомнениями
- 3) привычно повторяющиеся действия или движения
- 4) тикозные движения

Задание №60

В основе Корсаковского синдрома лежит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) инкогеренция мышления
- 2) расстройство ощущения
- 3) фиксационная амнезия
- 4) нарушение сенсорного синтеза
- 5) все вышеуказанное

Задание №61

Заполнение пробелов памяти событиями, которые имели или могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия
- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание №62

Заполнение пробелов памяти событиями, которые носят фантастический нелепый характер и не могли иметь место в жизни больного называется:

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) ретроградная амнезия
- 2) криптомнезия
- 3) фиксационная амнезия
- 4) конфабуляции
- 5) псевдореминисценции
- 6) антероградная амнезия

Задание №63

В клинической картине Корсаковского синдрома наблюдаются:

Выберите несколько из 7 вариантов ответа:

- 1) псевдореминисценции
- 2) фиксационная амнезия
- 3) амнестическая дезориентировка
- 4) конфабуляции
- 5) обнубиляция
- 6) бред отношения
- 7) гипотимия

Задание №64

При каком из перечисленных психопатологических синдромов часто встречается гипомнезия?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) параноидный
- 2) астенический
- 3) кататонический
- 4) маниакальный
- 5) депрессивный

Задание №65

Препараты каких групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических расстройств?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) ноотропы
- 3) транквилизаторы
- 4) антидепрессанты
- 5) соли лития

Задание №66

Фиксационная амнезия характеризуется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) потерей способности запоминать текущие события
- 2) снижением интеллекта
- 3) галлюцинациями
- 4) ничем из перечисленного

Задание №67

При Корсаковском синдроме больной:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) может сохранять профессиональные навыки
- 2) способен продолжать профессиональную деятельность
- 3) способен к приобретению новых знаний

Задание №68

Прогрессирующий распад памяти от недавно приобретённой информации к давно приобретённой называется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) синдромом Кандинского-Клерамбо
- 2) Корсаковским синдромом
- 3) болезнью Блейлера
- 4) законом Рибо

Задание №69

Подробное произвольное воспроизведение давно полученной информации называется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гипермнезией
- 2) экмнезией
- 3) хорошей памятью
- 4) эйдетизмом

Задание №70

В определение какого синдрома входит понятие необратимости?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) аментивный
- 2) амнестический
- 3) деменция
- 4) астенический

Задание №71

Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) на наследственные
- 2) на внутриутробные
- 3) на перинатальные и первых 3 лет жизни
- 4) все перечисленное неверно

Задание №72

Характерными клиническими проявлениями дебильности являются

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) слабость абстрактного мышления
- 2) аффективная неустойчивость



- 3) неумение использовать знания для решения практических задач
- 4) слабость волевых функций
- 5) все перечисленное неверно

Задание №73

Психозы у больных олигофрениями развиваются

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) во всех случаях
- 2) в большей части случаев
- 3) редко, при наличии дополнительных провоцирующих факторов

Задание №74

К целям лечения больных дебильностью относятся

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) обучение в объеме программы начальной школы
- 2) восстановление интеллекта
- 3) воспитание
- 4) ничего из перечисленного

Задание №75

Из перечисленных форм олигофрении можно предупредить развитие болезни своевременным лечением новорожденного

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) при болезни Дауна
- 2) при фенилкетонурии
- 3) при тяжелой врожденной гидроцефалии
- 4) при синдроме Мартина - Белла

Задание №76

Укажите наиболее частую причину задержки психического развития

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) наследственность
- 2) социальная запущенность
- 3) родовые травмы
- 4) инфекции

Задание №77

Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) дебильностью
- 2) деменцией
- 3) имбецильностью
- 4) идиотией
- 5) obsессиями
- 6) ничем из перечисленного

Задание №78

Олигофрении обусловлены недоразвитием мозга в связи

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) с перинатальными вредностями
- 2) с травмами в родах
- 3) наркоманиями

- 4) с вредностями первых трех лет жизни
- 5) ни с чем из перечисленного

#### Задание №79

Максимальная задача в реабилитации больных идиотий состоит в научении

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) азбуке
- 2) простым арифметическим действиям
- 3) навыкам самообслуживания
- 4) элементарной профессии

#### Задание №80

Для болезни Дауна характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) развития болезни у женщин
- 2) развития болезни у мужчин
- 3) сохранения репродуктивных функций
- 4) умственной отсталости в степени имбецильности у большинства больных

#### Задание №81

Для какого синдрома характерна триада Протопопова?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парафренного
- 2) параноидного
- 3) аментивного
- 4) депрессивного

#### Задание №82

Что из числа ниже перечисленного наиболее характерно для соматогенной депрессии?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) суточные колебания настроения
- 2) витальное снижение настроения
- 3) утяжеление депрессии с утяжелением соматического состояния
- 4) скорбное бесчувствие
- 5) бредовые идеи виновности

#### Задание №83

Выделите из предложенных симптомов наиболее характерные соматические признаки депрессии

Выберите несколько из 7 вариантов ответа:

- 1) потеря в весе
- 2) тахикардии
- 3) запоры
- 4) брадикардии
- 5) нарушения дыхания
- 6) аменорея
- 7) нарушения пигментации кожи

#### Задание №84

Укажите характеристики астенического синдрома

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) эмоциональная лабильность

- 2) повышенная утомляемость
- 3) гиперестезии
- 4) оглушенность
- 5) галлюцинации

Задание №85

Ипохондрический синдром может включать в себя

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
- 2) фобии с переживанием заболеть неизлечимой болезнью
- 3) бредовую убежденность в несуществующей болезни
- 4) анозогностическое переживание болезни

Задание №86

Для маниакально-депрессивного психоза характерно

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) сохранение трудоспособности в межприступном периоде
- 2) тенденция к рецидивам аффективных приступов
- 3) возможность перехода одной фазы в другую без светлого промежутка
- 4) формирование апато-абулического синдрома
- 5) возникновение депрессивной симптоматики в ответ на психотравмы

Задание №87

Факторами риска суицидального поведения могут являться

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) депрессивные состояния
- 2) императивные галлюцинации
- 3) снижение памяти
- 4) бредовые идеи любовного очарования
- 5) бредовые идеи виновности
- 6) ничего из перечисленного

Задание №88

Вероятность суицидального поведения у психически больных может возрастать в случае

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) мыслей о бесцельности существования
- 2) мыслей о беспросветности будущего
- 3) идей малоценности
- 4) ни в чем из перечисленного

Задание №89

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: повышенное, радостное настроение, ускоренное мышление, повышенная двигательная активность?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) парафренином
- 2) депрессивном
- 3) ипохондрическом
- 4) маниакальном
- 5) паранойальном

Задание №90

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: тоскливо-печальное настроение, замедленное мышление, двигательная заторможенность?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) маниакальном
- 2) кататоническом
- 3) паранойяльном
- 4) депрессивном

Задание №91

Для какого синдрома характерно пароксизмально возникающее тоскливо-злобное настроение с склонностью к агрессивным действиям?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) депрессивного
- 2) обсессивного
- 3) делириозного
- 4) дисфорического
- 5) для всех указанных синдромов

Задание №92

Укажите правильные утверждения относительно бредовых идей при маниакально-депрессивном психозе?

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) характерны бредовые идеи преследования
- 2) бред носит первичный характер
- 3) бредовые идеи соответствуют расстройству аффекта
- 4) бред носит вторичный характер

Задание №93

К какой группе синдромов относится дисфория?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) бредовым
- 2) синдромам нарушения сознания
- 3) аффективным
- 4) кататоническим

Задание №94

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения
- 2) навязчивые страхи
- 3) суточные колебания настроения
- 4) преобладание соматических жалоб
- 5) суицидные мысли

Задание №95

Какому из числа ниже перечисленных описаний, определений соответствует понятие маскированной депрессии?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) выражен аффективный компонент депрессивной триады. Идеаторный компонент выражен слабо. Двигательная заторможенность отсутствует.

- 2) имеется выраженная двигательная и психическая заторможенность. Аффективный компонент выражен слабо.
- 3) двигательная и психическая заторможенность не выражены. Депрессивный аффект выражен слабо. Его место занимают соматические жалобы.

#### Задание №96

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения
- 2) навязчивые страхи
- 3) суточные колебания настроения
- 4) преобладание соматических жалоб
- 5) суицидные мысли

#### Задание №97

Какая из перечисленных групп препаратов наиболее эффективна при лечении маскированных депрессий?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) транквилизаторы
- 2) психостимуляторы
- 3) в-адреноблокаторы
- 4) нейролептики
- 5) антидепрессанты

#### Задание №98

Классическая маниакальная триада включает в себя:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенное настроение
- 2) ускорение ассоциаций
- 3) двигательное возбуждение
- 4) бред величия
- 5) расторможенность влечений

#### Задание №99

Для депрессивного синдрома характерны:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) переживание тоски
- 2) двигательная заторможенность
- 3) псевдогаллюцинации
- 4) идеаторная заторможенность
- 5) бредовые идеи самоуничтожения

#### Задание №100

Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наличие депрессивной триады
- 2) идеи самообвинения
- 3) идеи переоценки собственной личности
- 4) деперсонализацию
- 5) дереализацию

#### Задание №101

При каких из перечисленных депрессий наблюдается наибольшая вероятность суицидных попыток:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) маскированной депрессии
- 2) тревожной (ажитированной) депрессии
- 3) астенической депрессии
- 4) слезливой депрессий

#### Задание №102

К атипичным признакам МДП относятся:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) бред преследования
- 2) бред самоуничтожения
- 3) двигательное возбуждение
- 4) слуховые галлюцинации

#### Задание №103

Для клиники циклотимии характерно:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) малая интенсивность аффективных расстройств в фазах
- 2) переживание болезненности состояния в депрессии
- 3) переживание болезненности состояния в мании
- 4) ничего из перечисленного

#### Задание №104

Суицидальное поведение может протекать в форме:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) упорных суицидальных высказываний
- 2) стремлений к самоубийству
- 3) наличия суицидальных намерений с их диссимуляцией
- 4) ничего из перечисленного

#### Задание №105

Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) степень выраженности
- 2) продолжительность
- 3) негативизм, повышение мышечного тонуса
- 4) отказ от еды

#### Задание №106

Укажите совокупность признаков, которые соответствуют утверждению: "для кататонического возбуждения характерно"

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) постоянное стремление к деятельности, повышенная отвлекаемость, целенаправленность действий
- 2) стереотипия, импульсивность, неестественность движений, паясничанье, эхолалия, эхопраксия
- 3) злобно-тоскливое настроение, суженное сознание, устрашающие галлюцинации, бред преследования

- 4) ажитация, сопротивление осмотру, суицидальное поведение

Задание №107

Кататоническое возбуждение представляет опасность агрессии

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) для определенных лиц
- 2) для случайных лиц
- 3) для самого больного
- 4) для медперсонала

Задание №108

Онейроидная кататония проявляется

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) помрачением сознания
- 2) обездвиженностью
- 3) зрительными галлюцинациями
- 4) обстоятельностью мышления

Задание №109

Люцидная (пустая) кататония проявляется

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) помрачением сознания
- 2) обездвиженностью
- 3) зрительными галлюцинациями
- 4) мутизмом
- 5) ничем из перечисленного

Задание №110

Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышения волевой активности, усиления побуждений
- 2) повышенной деятельности
- 3) чувства сделанности состояния
- 4) порывистости, инициативности
- 5) говорливости, подвижности

Задание №111

Какой клинический симптом не характерен для кататонического синдрома?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) эхо-симптомы
- 2) каталепсия
- 3) мутизм
- 4) дисфории
- 5) негативизм

Задание №112

Апато-абулический синдром обычно наблюдается в клинике

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) пресенильных психозов
- 2) сенильных психозов
- 3) эпилепсии
- 4) шизофрении

- 5) психопатии

Задание №113

Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для кататонического ступора?

Выберите несколько из 7 вариантов ответа:

- 1) восковидная гибкость
- 2) мутизм
- 3) немотивированность поступков
- 4) конфабуляции
- 5) импульсивность
- 6) негативизм
- 7) все вышеперечисленные симптомы

Задание №114

Тревожное возбуждение проявляется

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) общим двигательным беспокойством
- 2) тревогой, страхом
- 3) различной выраженностью ажитации
- 4) мутизмом

Задание №115

Снижение активности считается характерным

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) для паранойяльных синдромов
- 2) для астенических состояний
- 3) для сумеречного расстройства сознания
- 4) ни в каком из перечисленных случаев

Задание №116

Импульсивное возбуждение отличается от других видов возбуждения:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гипертимией
- 2) немотивированностью возбуждения
- 3) четкой целенаправленностью
- 4) ничем из перечисленного

Задание №117

К какой форме расстройства сознания относится транс и сомнамбулизм?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аментивное
- 2) сумеречное
- 3) онейроидное
- 4) сопорозное
- 5) делириозное

Задание №118

Для какого из указанных синдромов характерно внезапное начало и окончание (часто заканчивается сном), полная амнезия?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) делирий
- 2) сумеречное расстройство сознания



- 3) аменция
- 4) синдром Кандинского-Клерамбо
- 5) кататонический синдром

Задание №119

Общими для всех синдромов помрачения сознания являются

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушение отражения реального мира
- 2) дезориентировка в месте и времени
- 3) императивные псевдогаллюцинации
- 4) частичная или полная амнезия перенесенного состояния
- 5) чувство сделанности

Задание №120

Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Резкое двигательное возбуждение с агрессией
- 2) хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
- 3) невнятное бессвязное бормотание
- 4) развитие на высоте возбуждения хореиформных гиперкинезов
- 5) возможность развития карфологии («обирания»)

Задание №121

Оглушение может проявляться

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) дезориентировкой в месте и времени
- 2) выраженными галлюцинаторными и бредовыми переживаниями
- 3) аспонтанностью
- 4) повышенным эмоциональным фоном
- 5) затруднением речевого контакта

Задание №122

Сумеречное помрачение сознания характеризуют во всех случаях

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) внезапное начало и критический выход
- 2) постепенное начало в течение суток
- 3) полная амнезия болезненного состояния
- 4) частичная амнезия переживаний

Задание №123

Укажите какой этиологический фактор играют ведущую роль в возникновении делириозных состояний ?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) токсический фактор
- 2) психогенный фактор
- 3) генетические фактор

Задание №124

Для какого синдрома характерно грубое расстройство мышления, обусловленное нарушением синтеза ассоциаций ?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром

- 2) маниакальный синдром
- 3) аментивный синдром
- 4) делириозный синдром
- 5) паранояльный синдром
- 6) парафренный синдром

Задание №125

При каком синдроме характерно преобладание зрительных устрашающих галлюцинаций ?  
Выберите один из 7 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) онейроидный синдром
- 4) аментивный синдром
- 5) делириозный синдром
- 6) паранояльный синдром
- 7) парафренный синдром

Задание №126

К какой психопатологической группе расстройств относится онейроидный синдром?  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) помрачение сознания
- 2) выключение сознания
- 3) патологии мышления
- 4) патологии влечений

Задание №127

Какие симптомы из нижеперечисленных характерны для аменции ?  
Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) бессвязное, инкогерентное мышление
- 2) систематизированный бред преследования
- 3) частичная амнезия
- 4) аутопсихическая дезориентировка

Задание №128

Для какого из перечисленных психопатологических синдромов наиболее свойственна истощаемость внимания ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) астенического
- 2) депрессивного
- 3) параноидного
- 4) кататонического

Задание №129

Для каких из перечисленных заболеваний характерно затруднение переключения внимания ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) шизофрения
- 2) инволюционный психоз
- 3) эпилепсия
- 4) неврастения

Задание №130

Оглушение может развиваться в следствие:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) интоксикаций
- 2) инфекций
- 3) шизофрении
- 4) инволюционного психоза

Задание №131

Для делирия характерны все перечисленные психические расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) парейдолии
- 2) зрительных галлюцинаций
- 3) психических автоматизмов
- 4) аффективных расстройств
- 5) двигательного возбуждения

Задание №132

Для мусситирующего делирия характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) возбуждения в пределах постели
- 2) бессвязного бормотания
- 3) симптома карфологии («обирания»)
- 4) гипертимии

Задание №133

Для профессионального делирия характерно:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) отсутствие продуктивного контакта
- 2) глубокое помрачение сознания
- 3) автоматизированные двигательные акты
- 4) ничего из перечисленного

Задание №134

Какие из ниже перечисленных симптомов можно отнести к группе негативных расстройств, встречающихся при шизофрении?

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) псевдогаллюцинации
- 2) бред воздействия
- 3) бред отношения
- 4) эмоциональное уплощение
- 5) истинные галлюцинации
- 6) гипобулия

Задание №135

Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к группе позитивных расстройств, встречающихся при шизофрении?

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) снижение памяти
- 2) эмоциональное уплощение
- 3) бред
- 4) гипобулия
- 5) снижение интеллекта

б) псевдогаллюцинации

Задание №136

Какой клинический признак свидетельствует о формировании у больного черт шизофренического дефекта?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нарушение памяти
- 2) снижение волевой активности
- 3) депрессивное состояние
- 4) появление кататонических симптомов

Задание №137

Какое нарушение психосенсорного синтеза в большей степени характерно для шизофрении?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушение восприятия цвета
- 2) нарушение восприятия формы предметов
- 3) нарушения схемы тела
- 4) деперсонализация
- 5) переживание "уже виденного"

Задание №138

Какие из перечисленных нарушений мышления свойственны шизофрении?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) разорванное мышление
- 2) бессвязное мышление
- 3) персеверации
- 4) аутистическое мышление
- 5) резонерское мышление

Задание №139

Для приступа фебрильной шизофрении характерно

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) повышение температуры тела
- 2) угроза жизни больного
- 3) трофические нарушения тканей
- 4) кататонические симптомы
- 5) судорожный синдром

Задание №140

В рамках какого заболевания чаще всего встречается кататоническая симптоматика?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) маниакально- депрессивный психоз
- 2) эпилепсия
- 3) шизофрения
- 4) истерия

Задание №141

Какое из нижеперечисленных заболеваний, как правило, имеет тенденцию к регрессиентному течению?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) травматическое поражение головного мозга

- 2) шизофрения
- 3) алкоголизм
- 4) олигофрения

Задание №142

Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении  
Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) слабодушие
- 2) эйфория
- 3) эмоциональная неадекватность
- 4) благодушие
- 5) апатия

Задание №143

Какая форма шизофрении протекает наиболее злокачественно и приводит к выраженным изменениям личности?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) параноидная шизофрения
- 2) паранойяльная шизофрения
- 3) гебефреническая шизофрения
- 4) шизоаффективное расстройство

Задание №144

Какой психопатологический синдром не встречается при шизофрении ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) апато-абулический
- 2) сенестопатический
- 3) синдром психического автоматизма
- 4) корсаковский

Задание №145

Какие из перечисленных эмоциональных расстройств присущи шизофрении?

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) неадекватность эмоций
- 2) слабодушие
- 3) амбивалентность
- 4) дисфории
- 5) эмоциональная лабильность
- 6) эмоциональное уплощение

Задание №146

Какие из перечисленных исходов заболевания не свойственны параноидной форме шизофрении?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) летальный исход
- 2) выход в длительную ремиссию
- 3) непрерывное хроническое течение
- 4) выход в апато-абулический дефект

Задание №147

При какой форме шизофрении апато-абулические расстройства определяют клиническую картину заболевания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) простой форме
- 2) гебефренической форме
- 3) параноидной форме
- 4) кататонической форме

Задание №148

Парафренный синдром характеризуется

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) слабоумием
- 2) амнезией
- 3) мегаломаническим бредом
- 4) выраженной разорванностью мышления и нелепостью суждений
- 5) трансами

Задание №149

Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
- 2) неадекватность эмоциональных реакций
- 3) амбивалентность эмоциональных реакций
- 4) приступы дисфории

Задание №150

Для рекуррентной шизофрении является характерным

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) однообразии приступов (типа клише)
- 2) благоприятности течения
- 3) отчетливые аффективные расстройства
- 4) нарастающая дефицитарная симптоматика

Задание №151

Для вялотекущей шизофрении свойственно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) медленное течение с постепенным развитием изменений личности
- 2) галлюцинаторные и бредовые расстройства
- 3) преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные расстройства
- 4) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)

Задание №152

Приступообразно-прогредиентная шизофрения характеризуется

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) спонтанными ремиссиями
- 2) только терапевтическими ремиссиями
- 3) усложнением симптоматики с очередным приступом
- 4) однотипными (типа клише) приступами

Задание №153

Что из числа нижеперечисленного более характерно для острого периода черепно-мозговой травмы?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) депрессивный синдром

- 2) делириозный синдром
- 3) онейроид
- 4) синдром психического автоматизма
- 5) навязчивые состояния

Задание №154

Для какого из перечисленных ниже заболеваний характерно наличие резидуальных расстройств?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) маниакально-депрессивный психоз
- 2) травматическая энцефалопатия
- 3) реактивная депрессия
- 4) неврастения
- 5) психастения

Задание №155

Гипертонический криз может сопровождаться

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) синдромами помрачения сознания
- 2) выраженной тревогой
- 3) психомоторным возбуждением
- 4) все перечисленное неверно

Задание №156

Для острого периода сотрясения головного мозга характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) головокружения
- 2) тошноты, рвоты
- 3) вазомоторно-вегетативных расстройств
- 4) астении
- 5) локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)

Задание №157

В периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы могут развиваться

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) судорожные припадки
- 2) сумеречное помрачение сознания
- 3) парафренный синдром
- 4) маниакальный синдром

Задание №158

Лечение астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы включает

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) профилактический отдых
- 2) общеукрепляющую терапию
- 3) нейролептическую терапию
- 4) все перечисленное неверно

Задание №159

Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том, что

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций
- 2) одна и та же экзогенная вредность может вызывать различные типы реакций
- 3) каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
- 4) любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания

Задание №160

Для психоорганического синдрома характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) снижение памяти
- 2) снижение интеллекта
- 3) эмоциональная неустойчивость
- 4) гиперестезии

Задание №161

Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерное для сосудистых заболеваний головного мозга:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональная холодность
- 2) эмоциональная неадекватность
- 3) гипертимия
- 4) слабодушие

Задание №162

При выраженных сосудистых заболеваниях головного мозга снижение интеллектуально-мнестических функций наблюдается:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) в единичных случаях
- 2) в большинстве случаев
- 3) во всех случаях

Задание №163

Какие психопатологические проявления эпилептической болезни могут ошибочно расцениваться как соматические заболевания?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) большие судорожные припадки
- 2) сумеречное расстройство сознания
- 3) адверсивные припадки
- 4) парциальные припадки

Задание №164

Какой дифференциально-диагностический критерий истерического и эпилептического припадков имеет наиболее существенное значение ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выключение сознания
- 2) продолжительность припадка
- 3) возможность прикуса языка и слизистой во время припадка
- 4) выраженность судорожной реакции

Задание №165

Эпилептический статус характеризуется



Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков
- 2) серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми пациент не приходит в сознание
- 3) пребыванием больного в состоянии выключенного сознания после судорожного припадка
- 4) ничем из перечисленного

Задание №166

Амбулаторные автоматизмы включают в себя

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) абсансы
- 2) трансы
- 3) дисфории
- 4) сомнамбулизм
- 5) ничего из перечисленного

Задание №167

К какому виду припадков относятся джексоновские припадки?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) фокальные (парциальные) судорожные
- 2) генерализованные судорожные
- 3) абсансы
- 4) диэнцефальные припадки

Задание №168

Что из перечисленного имеет наибольшее значение для разграничения судорожной реакции от генерализованного судорожного припадка в рамках эпилепсии?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отсутствие амнезии
- 2) продолжительность припадка
- 3) внезапность развития
- 4) отсутствие изменений на ЭЭГ, характерных для эпилепсии

Задание №169

Что из нижеперечисленного характерно для эпилептического изменения личности?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) ригидность аффекта
- 2) гипертрофированная пунктуальность
- 3) амбивалентность
- 4) злопамятность
- 5) аутизм

Задание №170

Какие из перечисленных ниже препаратов обладают противосудорожным эффектом ?

Выберите несколько из 7 вариантов ответа:

- 1) аминазин
- 2) мажептил
- 3) феназепам
- 4) тизерцин
- 5) амитриптиллин
- 6) карбамазепин (Финлепсин)

7) соли вальпроевой кислоты

Задание №171

К генерализованным припадкам относятся

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) абсансы
- 2) джексоновские припадки
- 3) вегетативный (диэнцефальный) припадок
- 4) ничто из перечисленного

Задание №172

Выберите наиболее адекватный препарат для неотложной помощи при эпилептическом статусе

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) сульфат магния
- 2) аминазин
- 3) диазепам
- 4) карбамазепин
- 5) спазмолитики

Задание №173

Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) аффективными фазами, разделенными светлыми промежутками
- 2) разнообразными пароксизмальными расстройствами
- 3) типичными изменениями личности
- 4) нарастающим апато-абулическим дефектом

Задание №174

Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) обстоятельностью мышления
- 2) эксплозивностью
- 3) полярностью отношений к окружающим (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
- 4) педантизмом
- 5) театральностью, демонстративностью

Задание №175

Острые эпилептические психозы подразделяются на следующие группы

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) острые эпилептические психозы с помрачением сознания
- 2) острые эпилептические психозы без помрачения сознания
- 3) паранойяльные психозы
- 4) галлюцинаторно-параноидные психозы

Задание №176

Хронические эпилептические психозы проявляются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) паранойяльными состояниями
- 2) галлюцинаторно-параноидными состояниями
- 3) кататоническими расстройствами

- 4) ничем из перечисленного

Задание №177

Инволюционные депрессии

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) имеют тенденцию к затяжному течению
- 2) имеют тенденцию к рецидивам
- 3) опасны суицидами
- 4) сопровождаются бредом преследования малого размаха («кухонным бредом»)

Задание №178

Признаками группы атрофических процессов головного мозга являются

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) незаметное начало заболевания
- 2) неуклонно прогрессивное течение
- 3) формирование тотального слабоумия в конечной стадии
- 4) волнообразное течение (периоды спонтанного улучшения и ухудшения состояния)
- 5) значимое ухудшение психического состояния при ухудшении соматического

Задание №179

Укажите личностные изменения, наиболее характерные для сенильной деменции

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенная тревожность
- 2) эгоцентризм
- 3) эмоциональное огрубение
- 4) расторможенность влечений
- 5) критическое отношение к состоянию

Задание №180

Инволюционная депрессия может быть представлена:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) ажитированной депрессией
- 2) депрессией с бредом Котара
- 3) депрессивно-бредовым синдромом
- 4) эмоциональной холодностью

Задание №181

Фабула инволюционных параноидов складывается:

Выберите несколько из 3 вариантов ответа:

- 1) из идей ущерба
- 2) из идей отравления
- 3) из идеи высокого происхождения

Задание №182

Течение инволюционных бредовых психозов чаще всего носит:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) хронический характер
- 2) приступообразный характер
- 3) периодический характер

Задание №183

Какой вид лечения инволюционных бредовых психозов обычно применяется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) нейролептики
- 2) антидепрессанты
- 3) ЭСТ
- 4) нормотимики
- 5) психотерапия

Задание №184

Для личностных изменений при болезни Альцгеймера с поздним началом (сенильной деменции) характерно:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) расторможение низших влечений
- 2) упрямство и ригидность
- 3) сужение круга интересов
- 4) эмоциональная лабильность

Задание №185

Наиболее информативным методом исследования атрофических процессов головного мозга из нижеперечисленного является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ЭЭГ
- 2) компьютерная томография
- 3) исследование ликвора
- 4) УЗИ головного мозга

Задание №186

Афазии, апраксии, агнозии наиболее характерны для:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) сосудистой деменции
- 2) болезни Пика
- 3) болезни Альцгеймера
- 4) все перечисленное неверно

Задание №187

Для начальной стадии болезни Пика характерно:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) прогрессирующая амнезия
- 2) изменение личностных черт
- 3) критика к болезни
- 4) эйфорический оттенок настроения
- 5) афато-агнозо-апрактический синдром

Задание №188

Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) условно-рефлекторная терапия
- 3) лечение нейролептиками
- 4) лечение у сексопатолога

Задание №189

Что из перечисленного можно использовать для купирования абстинентного синдрома в соматическом стационаре:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) Витамины В1, В6, С
- 2) седативные нейролептики (аминазин, тизерцин)
- 3) тиоловые препараты (тиосульфат натрия, унитиол)
- 4) лечение транквилизаторами
- 5) солевые растворы

Задание №190

Для алкогольного абстинентного синдрома характерны

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) потливость
- 2) тахикардия
- 3) сухость во рту
- 4) тремор пальцев рук
- 5) сужение зрачков
- 6) Заложенность носа и ринорея

Задание №191

Для соматических последствий алкоголизма в 3 стадии заболевания характерны

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) жировая дистрофия печени
- 2) кардиомиопатия
- 3) полинейропатия
- 4) остеопороз

Задание №192

О возможности перехода алкогольного абстинентного синдрома в металкогольный психоз свидетельствует

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) углубление бессонницы
- 2) нарастание тревоги
- 3) судорожный припадок
- 4) иллюзии
- 5) сниженное настроение

Задание №193

Содержание бреда острого алкогольного параноида обычно представлено

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) бредом преследования
- 2) бредом Котара
- 3) бредом ревности
- 4) "кухонным бредом"

Задание №194

К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий при алкоголизме, относятся

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) установка больного на лечение
- 2) степень выраженности алкогольной анозогнозии
- 3) интеллектуальное снижение

- 4) амнестические формы опьянения

Задание №195

Алкоголизм представляет собой

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) хроническое психическое заболевание
- 2) острое отравление алкоголем
- 3) вредную привычку
- 4) психосоматическое заболевание
- 5) многодневное употребление алкоголя

Задание №196

Какие из перечисленных препаратов целесообразно назначить для купирования делирия

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) диазепам
- 2) феназепам
- 3) аминазин
- 4) амитриптилин
- 5) бензонал
- 6) эфедрин

Задание №197

Какие из перечисленных методов применяются для лечения алкоголизма?

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) психотерапия
- 2) использование транквилизаторов
- 3) назначение витаминов группы В,С
- 4) нейрохирургическое лечение
- 5) сенсibiliзирующая терапия (тетурам, эспераль)
- 6) электросудорожная терапия

Задание №198

Психическое (первичное, обсессивное) влечение к алкоголю в 1 стадии алкоголизма

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловлено
- 2) не связано с ситуациями традиционного употребления алкоголя
- 3) сопровождается борьбой мотивов
- 4) не сопровождается борьбой мотивов

Задание №199

Психическая зависимость при алкоголизме находит отражение

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) в ежедневном приеме алкоголя
- 2) в обсессивном характере влечения
- 3) в психическом дискомфорте в случае препятствия реализации влечения
- 4) в предвкушении предстоящего удовольствия выпить
- 5) ничего из перечисленного

Задание №200

Физическое (вторичное, компульсивное) патологического влечения к алкоголю возникает

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) в состоянии устойчивой ремиссии

- 2) во время алкогольного эксцесса
- 3) только у больных алкоголизмом 2-3 стадии
- 4) у всех больных алкоголизмом, начиная с 1 стадии

Задание №201

Для неосложненного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) интенсивного влечения к опохмелению
- 2) физического дискомфорта
- 3) иллюзорного восприятия
- 4) выраженных вегетативных расстройств

Задание №202

Укажите наиболее типичное для алкогольной деградации эмоциональное расстройство  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональное огрубение
- 2) апатия
- 3) эмоциональная лабильность
- 4) амбивалентность

Задание №203

Назовите наиболее характерное для соматических расстройств во II стадии алкоголизма заболевание

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) цирроз печени
- 2) панкреатит
- 3) холецистит
- 4) Гипертоническая болезнь

Задание №204

В структуре неосложненного абстинентного (похмельного) синдрома могут наблюдаться  
Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) галлюцинозы
- 2) вегетативные дисфункции
- 3) нарушения сна
- 4) судорожные припадки

Задание №205

Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме  
Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

Задание №206

Укажите признаки легкой степени простого алкогольного опьянения  
Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) ускоренное мышление
- 2) повышение двигательной активности
- 3) замедление ассоциативного процесса
- 4) дизартричность речи

- 5) мозжечковая атаксия
- 6) амимия, мышечная атония

#### Задание №207

Укажите признаки средней степени простого алкогольного опьянения

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) ускоренное мышление
- 2) замедление мышления
- 3) дизартричность речи
- 4) нарастающее угнетение (выключение) сознания
- 5) амимия, мышечная атония

#### Задание №208

Укажите признаки тяжелой степени простого алкогольного опьянения

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) ускоренное мышление
- 2) повышение двигательной активности
- 3) замедление ассоциативного процесса
- 4) дизартричность речи
- 5) нарастающее угнетение (выключение) сознания
- 6) амимия, мышечная атония

#### Задание №209

Длительность алкогольного абстинентного синдрома составляет

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) не более суток
- 2) не более трех дней
- 3) около недели
- 4) около месяца

#### Задание №210

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) компульсивного характера влечения
- 5) снижения количественного контроля

#### Задание №211

К атипичным формам опьянения относится

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) патологическое опьянение
- 2) дисфорическое опьянение
- 3) эйфорическое опьянение
- 4) эйфорическое опьянение

#### Задание №212

Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя чаще всего проявляется по типу

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) псевдозапоев
- 2) постоянного пьянства на фоне низкой толерантности



- 3) Постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- 4) истинных запоев

Задание №213

Для симптома снижения толерантности характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) переход на более слабые алкогольные напитки
- 2) время появления на III стадии заболевания
- 3) снижение дозы, вызывающей опьянение
- 4) все перечисленное неверно

Задание №214

Для алкогольных палимпсестов характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) появление на этапе II стадии заболевания
- 2) запоминание событий, касающихся отдельных второстепенных эпизодов периода опьянения
- 3) утрата защитных рефлексов
- 4) все перечисленное неверно

Задание №215

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

Задание №216

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапой

Задание №217

На 3 стадии алкоголизма облигатно присутствует

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) социальная деградация
- 2) личностная деградация
- 3) физическая деградация
- 4) алкогольные психозы

Задание №218

Основным отличительным признаком простого алкогольного галлюциноза от алкогольного делирия является

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выраженность галлюцинаций
- 2) длительность психоза
- 3) помрачение сознания

- 4) ничего из перечисленного

Задание №219

Для Корсаковского психоза характерны

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) фиксационная амнезия
- 2) дезориентировка
- 3) галлюцинации
- 4) нарушение сознания
- 5) конфабуляции

Задание №220

При формировании алкоголизма у женщин , по сравнению с мужчинами

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) заболевание формируется ускоренно
- 2) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
- 3) хуже прогноз, ниже курбельность заболевания
- 4) чаще развиваются психозы
- 5) все перечисленное неверно

Задание №221

Укажите характерные признаки подросткового алкоголизма

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) более быстрое развитие зависимости
- 2) медленное развитие зависимости
- 3) более быстрое развитие личностных изменений
- 4) медленное развитие личностных изменений

Задание №222

Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) опийная
- 2) гашишная
- 3) кокаиновая
- 4) барбитуровая

Задание №223

Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) медицинский
- 2) социальный
- 3) юридический
- 4) фармакокинетический

Задание №224

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное , кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке

- 5) изменения формы опьянения

Задание №225

Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
- 2) исчезновения седативного эффекта
- 3) появления амнезий
- 4) повышения интенсивности эйфории
- 5) появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

Задание №226

Патологическое влечение к наркотику обусловлено

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) психической зависимостью
- 2) социальным окружением
- 3) физической зависимостью
- 4) ничем из перечисленного

Задание №227

Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) миоза
- 2) галлюцинаций
- 3) эйфории
- 4) дизартричности речи

Задание №228

Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 2-3 часа
- 2) 5-10 часов
- 3) сутки
- 4) двое суток

Задание №229

Отличительными чертами абстиненции при барбитуровой наркомании являются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) слабая выраженность вегетативных расстройств
- 2) судорожные расстройства
- 3) тяжелое течение абстиненции
- 4) кратковременность абстиненции

Задание №230

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) дневной прием
- 2) извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)

- 3) необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

#### Задание №231

Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии являются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) деменции
- 2) судорожный синдром
- 3) делириозные состояния
- 4) олигофрении

#### Задание №232

Для лечения больных опиоидной (героиновой) наркоманией используют:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) купирование абстинентных явлений
- 2) лечение аффективных расстройств (использование нормотимиков и антидепрессантов)
- 3) личностно-ориентированная психотерапия
- 4) суггестивные методы (внушение, гипноз, «кодирование» и пр.)

#### Задание №233

Какой из нижеперечисленных факторов позволяет достоверно разграничить наркоманию и наркотизм (злоупотребление)?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) частота употребления наркотиков
- 2) сложившийся абстинентный синдром
- 3) повышение толерантности
- 4) отсутствие критики к злоупотреблению наркотиками
- 5) любой из нижеперечисленных

#### Задание №234

Укажите правильное утверждение о толерантности при 1-2 стадии наркомании:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) толерантность снижается
- 2) толерантность повышается
- 3) толерантность не меняется

#### Задание №235

Признаками, характеризующими наркоманию в целом, являются:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) деградация личности
- 2) криминальное поведение
- 3) повышение адаптивных возможностей
- 4) повышение творческих потенций личности
- 5) тенденция к диссимуляции

#### Задание №236

Эпизодическое употребление токсикоманического или наркотического вещества, без развития зависимости, является

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) фактором риска токсикомании

- 2) наркотизмом
- 3) навязчивым влечением
- 4) компульсивным влечением
- 5) поведенческой аномалией

Задание №237

Какие из перечисленных наркоманий являются повышенным фактором риска заражением ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами?

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) гашишная
- 2) эфедроновая
- 3) барбитуровая
- 4) кокаиновая
- 5) опийная

Задание №238

Для какой астиненции характерны интенсивные мышечные и суставные боли, чихание, слезотечение, боли в животе и диарея ?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) барбитуровой
- 2) кокаиновой
- 3) психомиметиковой
- 4) опийной

Задание №239

Укажите НАИМЕНЕЕ характерный для деградации опийного наркомана признак:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) лживость
- 2) истероформное поведение
- 3) снижение памяти
- 4) эгоцентризм
- 5) суицидальное поведение

Задание №240

Гашишные психозы могут проявляться в форме:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) делириозных состояний
- 2) затяжных бредовых состояний
- 3) сумеречных расстройств сознания
- 4) гебефренного синдрома

Задание №241

Гашишная абстиненция характеризуется:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) резко выраженными аффективными расстройствами
- 2) умеренно выраженными аффективными расстройствами
- 3) аффективные расстройства не характерны

Задание №242

Наиболее типичными признаками барбитуровой энцефалопатии являются:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) сниженная сообразительность

- 2) ускоренная двигательная активность
- 3) медленная речь с ограниченным запасом слов
- 4) грубые нарушения памяти
- 5) легкое течение абстиненции

Задание №243

К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) выраженной эйфории
- 2) ощущения повышенных возможностей
- 3) гиперактивности
- 4) раздражительности, беспокойства
- 5) отрешенности

Задание №244

К галлюциногенам относятся все перечисленные средства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) производных лизергиновой кислоты (LSD)
- 2) псилобицина
- 3) метадона
- 4) мевистицина
- 5) мескалина

Задание №245

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии детьми и подростками являются:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) грубое психопатоподобное поведение
- 2) токсическая энцефалопатия
- 3) задержка психического и физического развития
- 4) некроз печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) манифестация шизофрении

Задание №246

Клиническая картина состояний, связанных с злоупотреблением циклодолом (холинолитиком, применяемым в медицине для лечения побочных экстрапирамидных эффектов нейролептиков), характеризуется:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) повышенной двигательной и идеаторной активностью
- 2) иллюзорно-галлюцинаторными расстройствами
- 3) психосенсорными расстройствами
- 4) ничем из перечисленного

Задание №247

При передозировке каких психотропных препаратов возможно возникновение интоксикационного делирия:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) аминазина
- 2) амитриптилина
- 3) циклодола
- 4) феназепам
- 5) сертралина (Золофт, Стимулотон)

Задание №248

В формировании психической травмы имеет значение

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) тяжесть психотравмирующего фактора
- 2) слабость механизмов психологической защиты
- 3) личностные особенности
- 4) эмоциональная значимость психотравмирующего фактора
- 5) снижение интеллекта
- 6) бредовое настроение

Задание №249

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) нейрорептици
- 2) транквилизаторы
- 3) антидепрессанты
- 4) психотерапия

Задание №250

К критериям психогенных расстройств относятся следующие положения

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) содержание психоза находится в понятной связи с психотравмирующими переживаниями
- 2) психотравма непосредственно предшествует развитию психоза
- 3) с прекращением действия психической травмы симптомы редуцируются
- 4) чем острее психическая травма, тем тяжелее исход

Задание №251

Гиперкинетическая форма реактивного психоза характеризуется

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) правильным осмыслением ситуации
- 2) хаотическим психомоторным возбуждением
- 3) нарушением ориентировки в окружающем
- 4) все перечисленное неверно

Задание №252

Для гипокINETической формы реактивного психоза характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) состояние резкой двигательной заторможенности
- 2) нарушение сознания
- 3) депрессивная окраска переживаний
- 4) все перечисленное неверно

Задание №253

Особенностью клинической картины реактивной депрессии является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) суточные колебания настроения
- 2) триада Яспера
- 3) выраженные соматические признаки депрессии
- 4) верно все перечисленное

Задание №254

Неврозы являются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) психическим расстройством непсихотического уровня
- 2) психическим расстройством психотического уровня
- 3) болезнью с обязательным присутствием астенического синдрома
- 4) ничем из перечисленного

Задание №255

Для неврастении характерны

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) гиперстеническая астения
- 2) гипостеническая астения
- 3) вегетативные расстройства
- 4) дисфории
- 5) нарушения сна
- 6) выраженные депрессивные переживания

Задание №256

Для нервной анорексии свойственны

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) стойкие отказы от пищи
- 2) течение болезни без потери массы тела
- 3) сочетание с приступами булимии
- 4) все перечисленное неверно

Задание №257

Невротические вегетативные кризы характеризуются

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) связанностью с эмоциональным напряжением
- 2) отсутствием стереотипности проявлений
- 3) разной длительностью состояний
- 4) развитием под действием слуховых псевдогаллюцинаций

Задание №258

Невроз навязчивых состояний проявляется

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) развитием фобий
- 2) бредом ипохондрического содержания
- 3) астеническими расстройствами
- 4) ритуалами
- 5) ничем из перечисленного

Задание №259

Для развития истерического невроза имеют значение

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) личностный склад художественного типа
- 2) акцентуация демонстративного типа
- 3) тип ключевого конфликта - чрезмерная завышенность претензий («хочу, но не дают»)
- 4) тип ключевого конфликта - завышенные требования к себе без учета своих возможностей («хочу, но не могу»)



Задание №260

В судебно-психиатрической экспертизе невротозов следует иметь в виду, что Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) невротозы не обуславливают криминального поведения
- 2) больные невротозами могут отдавать себе отчет в своих действиях, руководить ими
- 3) невротозы, формируясь как реакции на ситуацию следствия и суда, могут развиваться после правонарушения
- 4) невротозы не возникают у преступников

Задание №261

Воспитание в условиях повышенной тревожности, чрезмерной ответственности, подавления естественной детской живости и непосредственности способствует развитию Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) невротической астении
- 2) невротической депрессии
- 3) невротических навязчивостей

Задание №262

При гипопеке чаще формируются Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) псевдошизоидные черты характера
- 2) повышенная аффективная возбудимость
- 3) психастенические черты характера

Задание №263

Для развития невротоза первостепенное значение имеет Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) хроническое соматическое заболевание
- 2) внутриличностный конфликт
- 3) слабость иммунной системы
- 4) органическая неполноценность мозга

Задание №264

К компульсивным действиям относятся Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) кататонические расстройства
- 2) ритуалы
- 3) привычки
- 4) тики у детей

Задание №265

Примером реактивных (психогенных) параноидов могут быть Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) психозы при уродствах лица
- 2) инфекционный делирий
- 3) индуцированные реактивные параноиды
- 4) онейроидное помрачение сознания

Задание №266

К истерическим реактивным психозам относятся Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) истерические сумеречные помрачения сознания
- 2) псевдодеменция
- 3) пуэрилизм
- 4) реактивный параноид

Задание №267

К невротическим синдромам относятся все перечисленные, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) фобического
- 2) астенического
- 3) психоорганического синдрома
- 4) обсессивного

Задание №268

К этиологическим факторам неврозов относятся

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) преморбидные особенности личности
- 2) психические травмы детского возраста
- 3) события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений
- 4) родовая травма

Задание №269

К этиологическим факторам невротических состояний относят

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) некоторые особенности воспитания и семейного положения
- 2) факторы, связанные с профессией и трудовой деятельностью
- 3) особенности родительской семьи
- 4) частые черепно-мозговые травмы в анамнезе

Задание №270

Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) чрезмерной заботы и беспокойства о своем здоровье
- 2) переживания неприятных ощущений в организме
- 3) наличия характера сделанности неприятных ощущений
- 4) эмоциональных нарушений
- 5) тревожной мнительности

Задание №271

К психогенным сенсорным нарушениям и расстройствам чувствительности относятся

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) концентрическое сужение поля зрения
- 2) утрата слуха
- 3) анестезии
- 4) мутизм

Задание №272

Для истерического невроза свойственны

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) полиморфизм симптоматики
- 2) расстройства чувствительности

- 3) двигательные расстройства
- 4) галлюцинаторные расстройства

Задание №273

Истерические припадки могут характеризоваться всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) помрачения сознания
- 2) послеприпадочного оглушения
- 3) тонических судорог
- 4) принятие страстных поз и жестов
- 5) клонических судорог

Задание №274

При воспитании по типу "кумир семьи" чаще формируется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) повышенная аффективная возбудимость
- 2) психастенические черты характера
- 3) псевдошизоидные черты характера
- 4) истерические черты характера

Задание №275

К компульсивным действиям относятся

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) кататонические расстройства
- 2) ритуалы
- 3) привычки
- 4) тики у детей

Задание №276

Для психопатий характерно

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) снижение интеллекта
- 2) дисгармония характера
- 3) социальная дезадаптация
- 4) ничего из перечисленного

Задание №277

Основными характерными признаками психопатий по П.Б. Ганнушкину являются

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) тотальность характерологических нарушений
- 2) стойкость характерологических нарушений
- 3) трудность социальной адаптации
- 4) отягощенная наследственность
- 5) ни один из перечисленных

Задание №278

Диагностика психопатии становится достаточно достоверной

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) в детском возрасте
- 2) в подростковом возрасте
- 3) в молодом возрасте
- 4) в пожилом возрасте

Задание №279

Декомпенсация психопатии может характеризоваться

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) астеническими расстройствами
- 2) усилением всех основных патологических свойств личности
- 3) патологическими идеями
- 4) состояниями выключения сознания

Задание №280

Для какой формы психопатии характерна замкнутость, склонность к одиночеству?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) астеническая психопатия
- 2) паранойяльная психопатия
- 3) истерическая психопатия
- 4) шизоидная психопатия
- 5) эпилептоидная психопатия

Задание №281

Для какой формы психопатии характерна агрессивность в поведении?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эпилептоидная психопатия
- 2) психастеническая психопатия
- 3) истерическая психопатия
- 4) шизоидная психопатия

Задание №282

Для какой формы психопатии характерна боязнь публичных выступлений?

Выберите один из 6 вариантов ответа:

- 1) возбудимая психопатия
- 2) паранойяльная психопатия
- 3) психастеническая психопатия
- 4) истерическая психопатия
- 5) гипертимная психопатия
- 6) эпилептоидная психопатия

Задание №283

Какие из указанных факторов имеют решающее значение в формировании психопатий?

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) психическая травма
- 2) социально-психологические факторы
- 3) наследственность
- 4) возраст больного

Задание №284

Особенностями астенического типа психопатии являются все перечисленные, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) склонности к псевдологии
- 2) раздражительности
- 3) повышенной впечатлительности, чувствительности
- 4) значительной психической утомляемости и истощаемости

Задание №285

Чертами паранойяльной психопатии являются:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) недоверчивость, подозрительность, упорство в отстаивании своих убеждений
- 2) угрюмость, злопамятность, готовность в каждом видеть недоброжелателя
- 3) повышенная самооценка, эгоцентризм
- 4) ничего из перечисленного

Задание №286

Основными свойствами возбудимой психопатии являются:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) способность оскорблять по малейшим поводам
- 2) выраженная агрессивность в гневе
- 3) крайняя несдержанность при конфликтных ситуациях
- 4) все перечисленное неверно

Задание №287

Акцентуация характера по гипертимному типу характеризуется всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) доминирующее хорошее настроение
- 2) оптимизм
- 3) подвижность мышления
- 4) легкомыслие
- 5) дисфоричность

Задание №288

Акцентуация характера по тревожно-мнительному типу характеризуются всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) большой впечатлительности
- 2) постоянных переживаний за свое здоровье и здоровье близких
- 3) повышенной способности заводить новые знакомства
- 4) пониженной самооценке
- 5) чрезмерной опеки своих детей

Задание №289

К особенностям акцентуации характера по истероидному типу относятся все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) потребности в признании
- 2) эгоцентризма
- 3) склонности к самоанализу
- 4) проникновение в психологию других
- 5) пластичность поведения

Задание №290

Чем, по вашему мнению, вызваны психогенные реакции при соматических заболеваниях?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) интоксикацией
- 2) рефлекторными влияниями с пораженных внутренних органов
- 3) переживанием тяжести заболевания и его социально-психологических последствий

- 4) аутоиммунными сдвигами
- 5) гипоксией головного мозга

Задание №291

Какая патологическая реакция чаще всего встречается при возникновении соматического заболевания?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кататонический синдром
- 2) психорганический синдром
- 3) депрессивный синдром
- 4) онейроидный синдром
- 5) делириозный синдром

Задание №292

У кого чаще наблюдается ипохондрический тип внутренней картины болезни?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) у больных паранойяльной психопатией
- 2) у гармоничной личности
- 3) у лиц с чертами тревожной мнительности
- 4) у больных олигофренией
- 5) у больных деменцией

Задание №293

Основные принципы лечения острых симптоматических психозов включают

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) применение дезинтоксикационной терапии
- 2) лечение основного заболевания
- 3) коррекцию с помощью психотропных средств в соответствии с тяжестью соматического состояния
- 4) ничего из перечисленного

Задание №294

Психические расстройства при эндокринных заболеваниях могут быть представлены

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) судорожным синдромом
- 2) психоорганическим синдромом
- 3) аффективными нарушениями
- 4) истерическим неврозом

Задание №295

При уремии возможны

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) все реакции экзогенного типа
- 2) только синдромы помрачения сознания
- 3) преимущественно астенические состояния
- 4) преимущественно психогенные расстройства

Задание №296

У ВИЧ-инфицированных возможны следующие психические расстройства

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) реактивная депрессия
- 2) ипохондрическая фиксация

- 3) деменция
- 4) онейроид

Задание №297

Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) аффективной лабильности
- 2) лабильности психической активности
- 3) расстройства сна
- 4) массивных вегетативных расстройств
- 5) апатико-динамического синдрома

Задание №298

При сахарном диабете могут возникнуть следующие психические расстройства:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) делирий
- 2) онейроид
- 3) синдромы выключения сознания
- 4) маниакальный синдром
- 5) аменция

Задание №299

В каком возрасте чаще наблюдается ипохондрическое отношение к болезни?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) детский
- 2) юношеский
- 3) зрелый
- 4) инволюционный

Задание №300

Что характерно для анозогнозического варианта внутренней картины болезни?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) переоценка тяжести реального заболевания
- 2) "отрицание" болезни
- 3) агравация
- 4) симуляция
- 5) диссимуляция

Задание №301

В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) оглушение
- 2) делирий
- 3) сумерки
- 4) ни один из перечисленных

Задание №302

В острой стадии комариного (летне-весеннего) энцефалита наблюдаются все следующие психические расстройства, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) оглушения, переходящего в сопор и кому

- 2) делириозного или аментивного помрачения сознания
- 3) эпилептиформного возбуждения
- 4) синдрома Кандинского-Клерамбо
- 5) повышенной сонливости

Задание №303

В острой стадии инфаркта миокарда могут наблюдаться психические расстройства

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) делирий
- 2) выраженный астенический синдром
- 3) маниакальный синдром
- 4) онейроид

Задание №304

Для пневмоний наиболее характерны

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) затяжные бредовые психозы
- 2) синдромы помрачения сознания
- 3) психоорганический синдром
- 4) астенические состояния
- 5) ничего из перечисленного

Задание №305

Ипохондрическое расстройство включает в себя

Выберите несколько из 3 вариантов ответа:

- 1) ипохондрические бредовые идеи
- 2) ипохондрические фобии
- 3) ипохондрические идеи сверхценного характера



**Перечень клинических (ситуационных) задач****Задача №1**

Больной М., 24 года.

Анамнез заболевания:

Считает себя больным с 12 лет, когда на улице «среди дня» у него отобрали телефон, избили. "Очень испугался", в последующем ходил, оглядываясь, полагая, что вокруг подозрительные лица, которые могут его обворовать. Затем, чтобы успокоиться, стал выполнять определенные действия: "постучать несколько раз, ступить правой, затем и левой ногой, чтобы все было хорошо", "тронуть какой-либо предмет, сесть на стул, чтобы ничего не произошло на улице". Затем стал проверять электроприборы дома, проверял газовые конфорки, краны воды, фотографировал их, чтобы оградить себя от страхов. Мог возвращаться домой с "проверками" до 30 раз.

В 16 лет обращался к психологу, так как не нравилась внешность "был с прыщами, толстый".

По характеру считает себя ранимым, чувствительным, обидчивым, В школе дрался с обидчиками. В настоящее время круг общения очень ограничен. В 18 лет был период сниженного настроения, "ушел в себя", хотел избавиться от навязчивостей.

В 22 года появилось убеждение, что "вздулась паховая вена". Обратился к урологу. Врач сказал, что, возможно, у него простатит и, возможно, "будет бесплодие". Постоянно думал об этом, боялся обследований, расстался с девушкой. Возникло отвращение к мужчинам, в голове появились навязчивые мысли о собственной гомосексуальности, "проверял, не возникает ли эрекция при виде мужчин". Через полгода стала нарастать тревога. Связывал состояние с проблемами в учебе, возможным призывом в армию. Воспринимал "свет как яркий, звуки как слишком громкие". Отмечались нарушения сна, в период засыпания "звучали в голове обрывки фраз, услышанных днем", "будто мысли звучали", временами слышал "голос" в голове как радио, перед глазами при пробуждении появлялись "страшные лица и образы, которые надвигались", полагал у себя нераспознанное заболевание, боялся сойти с ума. Затем появилось ощущение, что "кожа на лице растягивается". Отмечалась "путаница мыслей в голове". Обращался к различным врачам. Вызывал СП. В связи с сохраняющейся вышеописанной симптоматикой обратился в ПНД. Был направлен в клинику получал лечение трифтазином в.с.д 15 мг, галоперидолом в.с.д. 10 мг, хлорпротиксеном в.с.д. 15 мг, нантаридом, клофранилом в.с.д. 75 мг, циклодолом в.с.д. 6 мг, феназепамом в.с.д. 1 мг. Отмечались выраженные экстрапирамидные расстройства при приеме типичных антипсихотиков. Был выписан с диагнозом: Смешанное расстройство личности. Обсессивно-компульсивный синдром. Были назначены рисполепт 4 мг/сутки, анафранил 25 мг/сутки, акинетон 4 мг/сутки. Находился на лечении в дневном стационаре. При поступлении отмечал тремор конечностей, сниженное настроение до "отчаяния", отрицал "страх сойти с ума", в то же время боялся отмены рисполепта, так как "от него прошли навязчивости, ритуалы". Общий фон настроения был снижен с беспокойством, подавленностью. Отмечал страх "повторения навязчивостей, ритуалов, страхов". Говорил, что мысли в голове "текут последовательно и произвольно". Сообщал, что помимо воли возникают «наплывы мыслей, воспоминаний о разговорах с людьми», раньше был навязчивый страх «закрыв ли дверь», возвращался, проверял. Отмечал, что "в голове крутятся «неотвязные мысли» с которыми не борется". Изредка возникали в голове "поток воспоминаний", "каша из мыслей". Отмечал тревогу и "панику", до желания "бегать, кричать в отделении, с трудом сдерживал себя". Говорил о страхе «сойти с ума», периодически возникающих зрительных образах перед внутренним взором: "надвигающиеся лица людей, с которыми разговаривал", "отрывки из фильмов устрашающего содержания, какие-то дети".

Анамнез жизни:

Единственный ребенок в семье. Роды и беременность у матери протекали без патологии. Наследственность отягощена со стороны отца и деда - злоупотреблением алкоголя. В умственном и физическом развитии не отставал. Мама по характеру мнительная, тревожная, переживающая, замкнутая, по образованию инженер, работает секретарем, отношения с сыном теплые. Отец по характеру замкнутый, строгий, малоэмоциональный, работает столяром, отношения с сыном формальные. ДДУ посещал в срок. В школу пошел с 7 лет. Учиться не нравилось, был малообщительным, постоянно грыз ногти. После 6 класса стал стеснительным, замкнутым, появились страхи выходить из дома, быть ограбленным. Дома много времени проводил за компьютерными играми. В школе друзей не было, так как был закрытым и часто проявлял вербальную агрессию к одноклассникам. Пытался копировать поведение успешных сверстником, считал себя изгоем. Некоторое время занимался баскетболом. В конце 10 класса проходил тренинг по борьбе с застенчивостью. С 11 класса стал общительнее, появились знакомые, сочинял стихи. Поступил в институт на программиста, но с 4 курса не смог продолжать обучение из-за болезни. В настоящее время находится в академическом отпуске. Серьезные сопутствующие заболевания, травмы, операции в анамнезе отрицает.

Объективные данные:

Психический статус: Сознание ясное, ориентирован всесторонне верно. Внешне сонлив, заторможен. Настроение несколько сниженное. Контакт доступен. В беседе делится переживаниями. Сообщает, что слышит обрывки фраз, видит пугающие образы, возникает ощущение, что «натягивается кожа щек и закручивается на затылке», "будто лента по телу проходит". Отмечает постоянное появление "чуждых" мыслей, наплывов мыслей, из-за чего испытывает тревогу, беспокойство. Высказывает жалобы на навязчивые мысли, перепроверку совершенных действий.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача №2

Больной Н., 34 года.

Анамнез жизни:

Родился в полной семье старшим из 2-х детей, имеет младшую сестру. Сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет. В раннем развитии, со слов, от сверстников не отставал. ДДУ не посещал, воспитывался бабушкой. В школу пошёл своевременно, в течение всего обучения учился ровно, в основном на 3, 4. Из предметов выделял историю, физкультуру и труд. Отношения с одноклассниками складывались обычным образом, серьезных конфликтов не было. По характеру был достаточно открытым, общительным. Объективных сведений об имеющихся у пациента коммуникативных проблемах нет. Алкогольные напитки употребляет эпизодически, «по праздникам», данных о сформированной алкогольной зависимости нет. Употребление наркотиков категорически отрицает. На любительском уровне занимался спортом - тяжёлой атлетикой, серьёзных достижений не имеет. Всего закончил 10 классов по общеобразовательной программе, классы не дублировал. В последующем в техникуме получил специальность монтажника, по которой и работал в течение жизни. В браке, детей от брака нет. Проживает вместе с родителями, сестрой и женой в отдельной квартире. Средством к существованию является заработная плата. Отношения в семье называет «хорошими». Судим не был. Перенесенные заболевания: в подростковом возрасте несколько травм головы без явлений коммоции. В детстве, подростковом возрасте перенес несколько переломов костей рук и ног. Операции, хр. соматическую патологию, аллергические реакции отрицает.

Анамнез заболевания:

Впервые психические нарушения развились в 31 год. с появлением депрессии, преобладанием в её структуре меланхолии, резкого снижения работоспособности - в связи с чем был оформлен академический отпуск. Депрессия самостоятельно прошла через полгода, настроение стало приподнятым, был расторможен, раздражителен, иногда нелеп в поведении, ссорился с друзьями, поджёг вещи одного из них, занимал денег в долг, был неусидчив, мало спал. Через 5 месяцев данное состояние самостоятельно разрешилось, однако, спустя месяц вновь стал раздражительным, многоречивым, нелепым в поведении. Консультировался у психиатра, но от госпитализации отказался. Через некоторое время по настоянию родителей обратился за консультацией повторно, был госпитализирован в психиатрический стационар. На отделении осуществлялась терапия Литием (до 1500мг в сутки), Сероквелем (до 800мг в сутки). После выписки назначенную терапию принимал в течение полутора лет, потом самостоятельно её отменил. В последующие годы отмечалось несколько эпизодов сниженного настроения, за помощью не обращался. Вновь состояние изменилось остро, когда «что-то ёкнуло, мысли стали идти быстрее, руки тряслись».

В то же время пропал ночной сон, стал раздражительным, неадекватным в поведении - внезапно отказался копать землю на даче: «я мог повредить корни, а они могут оказаться моими». По настоянию родных обратился за консультацией в ПНД, был госпитализирован в психиатрический стационар, находился на лечении в течении месяца. После лечения чувствовал себя удовлетворительно, образ жизни в целом не изменил. В настоящее время нарушился сон, возникла «усталость» появилась вначале тревога, а в дальнейшем возбуждение. Окружающее достаточно быстро стало казаться «подстроенным», «будто в игре». В течение последних 2 дней до госпитализации стал слышать «голоса» внутри головы, связывал свое состояние с употреблением алкоголя, друзьями пациента была применена мягкая фиксация. В связи с данным состоянием родными была вызвана бригада СПП, во время осмотра врачом которой пациент контакту был практически не доступен в силу возбуждения, обнаруживал тревожность, куда-то стремился, речь носила характер монолога, выкрикивал лозунги. рассказывал о своем

состоянии крайне сумбурно, витиевато. В таком состоянии был госпитализирован в психиатрический стационар.

При поступлении: Сознание ясное. Ориентирован всесторонне верно. Внешне: движения ускорены, держится с некоторой переоценкой, речь достаточно громкая, быстрая, ответы по существу, настроение повышено, легко отвлекаем, навязчив с вопросами. В беседе жалоб активно не предъявляет, просит помощи, чтобы «такого состояния больше не было».

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

### Задача №3

Больная Б., 54 года.

Анамнез жизни:

Младшая из двух детей. Родители развелись, когда ей было 5 лет. По характеру ранимая, впечатлительная. В детстве перенесла тонзилэктомию с анафилактическим шоком на введение новокаина, в 12 лет перенесла аппендэктомию. Окончила 8 классов и медицинское училище. В течении 25 лет работала медицинской сестрой. Сейчас не работает. Дважды была замужем. Имеет двух взрослых дочерей от первого брака. Последние 3 года жила одна. Дочери проживают отдельно. Сейчас живет в семье старшей дочери.

Из перенесенных заболеваний: сахарный диабет II типа (компенсация), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, повторные легкие ЧМТ. Аллергия на новокаин, сульфат магния. Не переносит аминазин (гипотония).

Анамнез заболевания:

Психические нарушения с 35 лет, заявляла, что боится принимать пищу, потому что она может быть опасна, боится воды, так как «все равно не смогу отмыться», считала, что вся пища вредная, опасна для нее, может вызвать ухудшение как общего здоровья, так и психического состояния, из-за чего мало ела, похудела на 20 кг. Была госпитализирована в ПБ, в последующем госпитализировалась в стационар ежегодно. Поддерживающую терапию принимала нерегулярно. Дома не справлялась с домашним хозяйством и самообслуживанием, не могла организовать питание, говорила о том, что «дочери желают ей вреда», не выходила на улицу, не общалась с родственниками, считала, что они могут причинить ей вред. Получала галоперидол, rispoleпт, леривон, амитриптилин. В ходе проводимой терапии отмечалось лишь незначительное, кратковременное послабление симптоматики. Было проведено 8 процедур ЭСТ, на фоне чего состояние улучшилось. Через 3 года состояние вновь ухудшилось в связи с чем была госпитализирована в психиатрический стационар. Отказывалась от приема пищи, отрывочно высказывала "боюсь пить и есть", "плохая вода", "невкусная, холодная еда", "может что-то случится, если выпью, или поем", даже под контролем медицинского персонала принимала пищу крайне избирательно, неохотно, только принесенную дочерью, пила только из собственной бутылки, потеряла около 3х кг за 1 месяц, была неопрятна, отказывалась принимать душ т.к. "боялась", мотивировала это различными причинами, движения были замедленными, настроение представлялось сниженным, лежала в постели, в контакт ни с кем не вступала, при беседе начинала плакать, сообщала, что "все плохо", "не смогу жить одна дома". Получала психотропную терапию, но без должного эффекта, в связи с чем вновь был назначен курс ЭСТ. Всего получила 14 процедур ЭСТ с умеренным положительным эффектом: удалось добиться некоторой редукции симптоматики, несколько оживилась мимика, улучшился фон настроения, стала охотнее вступать в контакт с лечащим врачом, выходить в холл, начала выборочно принимать приготовленную в стационаре пищу, не требовала для этого постоянного контроля медицинского персонала, стала более активна.

При поступлении:

Мимика сглажена, маловыразительна, тревожна. Подтверждает, что не выходит на улицу, т.к. "боится", однако чего, именно, не говорит "не знаю, просто так". Appetit снижен, объясняет, что старается не есть, т.к. "пища невкусная". Настроение снижено. Похудела на 2 кг за два месяца.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.

5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

#### Задача № 4

Больной Б., 24 года

Анамнез жизни:

Наследственность душевными заболеваниями не отягощена. Имеет младшую родную сестру. Перинатальные вредности (лечение бесплодия у матери, угроза прерывания, гестоз) с детства ставили диагноз энцефалопатии. Наблюдался до года у невролога, получал терапию бензоналом, пантогамом, диакарбом, кавинтоном. Посещал ДДУ. Образование 9 классов, окончил техникум по специальности электромеханика. Работал по специальности на заводе около года. Последние 2 года не работает. Проживает с родителями. Примерно 4 года назад стал жаловаться на учащенное мочеиспускание (ходил в туалет практически раз в полтора часа), появилось недовольство своей внешностью, считал, что у него красное лицо и все обращают на это внимание. Прошел обследование в соматическом стационаре, патологии не выявлено. Через полгода от начала появления данных жалоб стал категорически отказываться выходить на работу по болезненным соображениям: "все смотрят", "лицо красное", "частое мочеиспускание". Отец больного позвонил начальнику с просьбой об увольнении больного. Перестал пользоваться общественным транспортом, стал уединяться дома, задергивал шторы, т.к. было ощущение, что с улицы тоже смотрят на него. В дальнейшем стал обвинять себя в краже конверта на работе, говорил, что его "привлекут за тунеядство", настроение снизилось. Впервые обратился к психиатру, лечился стационарно в течении 1 месяца. При поступлении сообщал, что боится выходить из дома, т.к. "люди странно смотрят", "сбегаются", добавляет, что "наверно" из за того, что "нос красный". Фиксируется на неприятных событиях своей прошлой жизни, интерпретирует их по особому. Сообщил, что общается только по интернету, боится выходить из дома, ездить в общественном транспорте.

Обследование:

ЭЭГ: Регистрируются стойкие диффузные, средней степени, нарушения БЭА коры головного мозга. Диффузные нарушения указывают на стойкую дезорганизацию корковой активности по типу медленноволновой дизритмии активности со сглаженностью зональных и амплитудных отличий. Регистрируется стойкая дисфункция со стороны регуляторных (неспецифических) структур ствола мозга на диэнцефальном и мезэнцефальном уровнях с раздражением в диэнцефальных отделах. Значительно снижен и неустойчив функциональный тонус коры головного мозга. Нарушение корково-стволовых регуляторных взаимодействий. Регистрируется ирритация по конвекситальной поверхности коры головного мозга.

Регистрируются нестойкие локальные нарушения активности в левом полушарии с нечетким акцентом на височную, теменную, центральную области. Без пароксизмальных нарушений активности.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача №5

Больной Б., 21 год

Анамнез жизни:

Психопатологически наследственность не отягощена. Роды и раннее развитие без особенностей. Окончил 8 классов и ПТУ по специальности электрогазосварщик на "отлично". Служил в армии. Демобилизован в связи с окончанием срока службы. Судимостей не имеет. Не курит, алкоголь не употребляет. В настоящее время не работает. Проживает с родителями. Холост, детей не имеет. Перенесенные заболевания: на протяжении жизни ничем серьезным не болел.

Анамнез заболевания:

Впервые изменение психического состояния стали отмечаться в 19 лет, когда внезапно больной стал замкнутым, отгороженным, сидел дома и смотрел в одну точку, к чему-то прислушивался, был негативистичен к родителям. Стал читать литературу по магии и экстрасенсорике, отмечалась бессонница. Мать нашла в его комнате заметки на газете: "Я святой. Я великий. Я из рода Римских-Корсаковых." Был злобен, переживаний не раскрывал. Заявил, что "внутри головы звучит женский незнакомый голос, сначала просто задавал вопросы, вёл со мной диалог, затем стал угрожать, нецензурно ругать". Другие люди "этот голос не слышат". Больной стал "бояться людей на улице, не хотел смотреть на них, выходить из дома". Идеи о "святости" и "величии" также были "внушены голосом".

Одновременно с этим "в голове путались мысли, как будто каша". Работу бросил. Конфликты с родителями развязывались по причине бездеятельности пациента, "родители не понимали, что работа не нравится, что работать там не хочу, поэтому ругались". За два дня до госпитализации из дома не выходил, замкнулся. В медработнике, вызванной бригады СП, "видел своего знакомого", угрожал ему. Госпитализирован по экстренным показаниям в ПБ, где находился с в течении месяца. При поступлении был неадекватен, "не хотел давать записать свою фамилию, вырывал листки у врача". Выписан при улучшении состояния. После выписки снова не ходил на работу - "гулял". Поддерживающее лечение принимал. В течение двух недель постепенно появились тревога, страх, боязнь людей, "не хотелось встречаться взглядами с прохожими, страшно, они смотрят как-то уничижительно", "вернулся тот самый женский голос комментирующего и оскорбляющего характера", нарушился сон. По совету родителей обратился в ПБ, был повторно госпитализирован с тем же диагнозом. Держался замкнуто, обособленно, к труду не привлекался. Выписан в удовлетворительном состоянии на поддерживающей терапии. Со слов родителей рекомендации выполнял, но спустя 10 дней состояние резко ухудшилось: опять появились голоса, страх, нарушился сон. Вновь был госпитализирован в ПБ.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.



## Задача № 6

Больная Ж., 18 лет

Жалобы:

На сниженное настроение, конфликтные взаимоотношения в семье, тяжесть и боли в животе после приема пищи, эпизодически возникающий понос, периодическое вызывание рвоты после еды, навязчивое желание "избавиться" от еды, от которой болит желудок.

Анамнез жизни:

Наследственность нервно-психическими заболеваниями формально неотягощена. Проживает с родителями и младшим братом. Отношения в семье напряженные, конфликтные. Родилась от 1 беременности, протекавшей с токсикозом I половины беременности, роды срочные. Закричала сразу. Раннее развитие по возрасту. В ДДУ пошла с 3-х лет, адаптировалась хорошо. В школу пошла с 7 лет, всегда училась хорошо. Друзей мало, практически ни с кем не общается. Считает, что перестала общаться с одноклассниками примерно с 5 класса, когда разошлись интересы. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ветряная оспа. Туберкулез, гепатиты отрицает. Операции, травмы отрицает. Менструации были с 12 лет, регулярные, безболезненные. Последние 5 лет - аменорея. Прием наркотических средств, алкоголя, курение отрицает.

Анамнез заболевания:

Больна с 12 лет, когда после замечаний тренера, что она «толстовата» появились мысли о наличии лишнего веса, начала сознательно отказываться от еды, уменьшать порции съеданной пищи, перестала есть сладости, мучное, не ужинала, считала калорийность пищи, активно занималась спортом. Появились слабость, головокружение, пониженное настроение, прекратились менструации. Обратились к эндокринологу, была направлена в соматический стационар. Однако оттуда была переведена в ПБ в связи с отказом от еды, угрозами уйти из жизни. Проходила терапию в течение 3 недель, была выписана с улучшением. Принимала поддерживающую терапию в течение года. После отмены терапии состояние постепенно ухудшалось, в возрасте 17 лет вес составлял 37 кг. Продолжала ограничивать себя в пище, мотивируя это проблемами с желудком. Была госпитализирована в психиатрический стационар. Первое время ела под строгим контролем медперсонала. В отсутствие контроля тоже ела, но только крайне избирательно, только определенные продукты в ограниченном количестве. При поступлении в стационар рацион ограничивался творогом, сырниками и кашей. Вес за время госпитализации увеличился на 8 кг (с 37 кг до 45 кг). После выписки продолжила прием поддерживающей дозы назначенных препаратов, посещение психотерапевта. В 17 лет поступила в ВУЗ. Но учеба не нравилась, на занятиях занималась своими делами, училась без интереса, стала строить планы о смене вуза. Не смогла найти общий язык с сокурсниками. В своей группе ни с кем не общается, друзей нет, формальные взаимоотношения также даются с трудом. Со слов больной, "все в университете богатые, пьют, курят, ходят на вечеринки, у меня ничего общего с ними нет". Интересы к противоположному полу также не проявляла, отклоняла все попытки юношей проявить к ней интерес. Постепенно стало снижаться настроение, обострились гастродуоденит и синдром раздраженного кишечника, начала вызывать рвоту после приема пищи, сузила рацион питания. Со слов родителей, помимо проблем с питанием стали появляться нарушения поведения. Участились конфликты в семье. Вес стал снижаться и достиг 40 кг.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно. Контакт доступен полностью, на вопросы отвечает в контексте. В поведении демонстративна. Активно высказывает жалобы соматического характера. Фон настроения ровный, умеренно

снижен. Отмечаются мысли о том, "что хочется вызвать рвоту после еды, но нельзя этого делать".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 7

Больная З. 33 года

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена шизофренией матери (покончила самоубийством). В детстве испытывала страх темноты, навязчивый счет букв в словах. С трудом привыкала к детским дошкольным учреждениям, держалась обособленно. По характеру формировалась замкнутой, скрытной, мнительной, противоречивой. В школу пошла в срок, училась хорошо. Одновременно училась в музыкальной школе по классу скрипки. После школы окончила консерваторию, некоторое время выступала с концертами, ездила за границу. В настоящий момент нигде не работает. Не замужем, проживает с отцом.

Анамнез заболевания:

Психические нарушения с 12-летнего возраста - строила гримасы, не разговаривала, была замкнутой. Лечилась в детской ПБ. В 20 лет поменяла свою фамилию. В обострении была тревожна, возбуждена, слышала в голове "голос Фернанда из Испании", вела с ним диалоги. Конфликтовала с родителями. В 21 год, пытаясь избавиться от голоса в голове, прыгнула из окна 2-го этажа, с переломами пяточных костей и травмой позвоночника лечилась в травматическом отделении. Затем поступила в на лечение в психиатрический стационар. После выписки жила одна, с отцом общалась холодно. Большую часть времени лежала в постели, перестала выходить из дома. В 22 года ушла из дома. В этот же день была госпитализирована в ПБ в связи со странностями в поведении: просидела целый день в ресторане, в контакт ни с кем не вступала, чему-то неадекватно улыбалась, закрывала глаза, заявляла, что ждет отца. Затем разбила плафон, пыталась выйти в окно. Была задержана милицией. Документов при себе не имела, сведений не давала. Была госпитализирована в ПБ как неизвестная, позже была опознана отцом. Первоначально на вопросы не отвечала, неадекватно улыбалась, была настроена негативно, своего состояния не объясняла. В дальнейшем сообщила, что ее родной отец - Валерий Леонтьев, что она ждет с ним встречи, общается телепатически. Своего отца называла чужим, подставным, отказывалась с ним общаться, разговаривала сама с собой, улыбалась, кивала головой. В голове появились мужские голоса оскорбляющего содержания. Испытывала ощущение путаницы, наплывов мыслей. После выписки из стационара не работала, жила с родителями в загородном доме. В дальнейшем были ежегодные госпитализации. После выписок дома ничем не занималась, изредка, в сопровождении знакомого отца ездила в город, гуляла по улицам. Но вскоре перестала совершать поездки в город, стала закрываться в комнате, отказывалась общаться с отцом. Настояла на том, чтобы отец переехал в Санкт-Петербург и оставил ее одну, так как отец "отвлекал и мешал заниматься своими мыслями". Разговаривала без собеседника сама с собой. Была госпитализирована недобровольно. 2 месяца находилась на лечении. При поступлении была практически недоступна продуктивному контакту, отказывалась отвечать на вопросы, была напряжена, подозрительна. В ходе беседы отворачивалась в сторону, склоняла голову набок, к чему-то прислушивалась, неадекватно улыбалась. Повторяла "все хорошо", "отпустите меня", "позвоните отцу", периодически требовала с чем-то "разобраться", утверждала, что у нее есть "свои врачи". Была крайне неряшлива, за собой не ухаживала, ходила в одной ночной рубашке, сопротивлялась попыткам одеть на нее халат, выбрасывала в окно вещи. Гигиенические процедуры совершала только при настойчивом напоминании медицинского персонала, ходила в старом рваном платье. Находясь одна, оглядывалась по сторонам, улыбалась, к чему-то прислушивалась, покрывала голову полотенцем, долго стояла перед иконами. Объяснялась в любви заведующему отделением. Также упоминала, что слышит «голос Бога», выполняет некую особую миссию. В беседах была напряжена, постоянно повторяла, что «все хорошо». Предоставленная сама себе разговаривала без собеседника, чему-то кивала, жестикулировала.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача №8

Больная К., 51 год

Анамнез жизни:

Проживает вместе с матерью, мужем, сыном и дочерью в сельской местности. Наследственность, предположительно, отягощена со стороны бабушки, которая страдала рекуррентным депрессивным расстройством. Беременность, роды у матери протекали без особенностей. В раннем развитии от сверстников не отставала. По характеру сформировалась личностью с тревожно-мнительными, истероидными, ипохондрическими чертами. Посещала ДДУ, в школу пошла вовремя, училась хорошо, классов не дублировала, окончила 11 классов. Получила среднее специальное образование по профессии бухгалтер. Работала по профессии. Вредные привычки отрицает.

Из перенесенных заболеваний:

ЧМТ с потерей сознания около 20 лет назад. Частые ОРВИ в течение жизни. Аллергическая реакция на йод.

Анамнез заболевания:

Ухудшение психического состояния стала отмечать с 43 лет, когда узнала о тяжелой болезни дочери (предположительно остиомиелит) и необходимости проведения многочисленных оперативных вмешательств: резко снизилось настроение, стала испытывать чувство тревоги, страха, начала винить себя в произошедшем с дочерью, жалела что не может помочь, не смотря на болезнь дочери перестала вставать с постели и оказывать посильную помощь, периодически отказывалась от приема пищи. Данное состояние длилось около 8 месяцев, пока пациентка в добровольном порядке не была госпитализирована в одну из частных психиатрических клиник. После 2х недель лечения (амитриптилин в/в капельно) была выписана в удовлетворительном состоянии. Поддерживающую терапию, со слов, принимала регулярно, однако в скором времени состояние вновь ухудшилось. В общей сложности за 7 лет находилась на лечении в ПБ

5 раз со схожей клинической картиной, продолжительность госпитализаций не превышала 2-3 недель. На протяжении указанного периода состояние дочери пациентки значительно ухудшалось. После выписки принимала различные антидепрессанты, транквилизаторы. Не смотря на регулярный, со слов пациентки, прием препаратов поддерживающей терапии состояние вновь ухудшалось: резко снижалось настроение, появлялась и нарастала тревога, ощущала «боль, тоску и сдавление в сердце», «не хотелось жить», нарушался сон и аппетит.

Психический статус при госпитализации:

В месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Отмечается выраженная дрожь во всем теле, долго не удерживается в одной позе, периодически испуганно смотрит на врача, кладет руки в область проекции сердца. Настроение снижено. Контакт доступен, однако на вопросы отвечает неохотно, полностью суть своих переживаний не раскрывает. Предъявляет жалобы на «панику», тяжесть в области сердца, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле, страх за судьбу дочери, собственную «беспомощность». Фиксирована на собственном состоянии, в ходе беседы часто добавляет: «мне плохо, я хочу домой, помогите мне, я так больше не могу, не оставляйте меня одну». Жаловалась на чувство кома в горле, затруднения дыхания, повышенную потливость, учащенное сердцебиение, головокружение, слабость, мушки в глазах. Время проводила преимущественно в постели, с другими пациентами общалась ограниченно.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача №9

Больной Л., 29 лет

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. Вторым ребенком в семье, есть старшая сестра, здорова. ДДУ посещал. В школу пошел своевременно, учился на 4 - 5, окончил 11 классов с медалью. Проблем с поведением, конфликтов с учителями и сверстниками за время учебы в школе не было. Окончил 3 курса университета, оставил учебу в связи с развитием психического заболевания. ЧМТ, судорожных приступов не было. В армии не служил в связи с проблемами со зрением (-7). Женат не был, детей нет. Проживает с матерью, поддерживает общение с несколькими друзьями. Дома занят чтением, проводит время за Интернетом, помогает матери в домашних делах. Периодически ездит с родственниками и друзьями на рыбалку, сбор грибов. Работал охранником в течении 3 лет, был вынужден уволиться из-за ухудшения психического состояния.

Анамнез заболевания:

Психические нарушения с 18 лет. Снизилось настроение, появилась тревога, начал пропускать учебу, увлекся компьютерными играми. Посещал психотерапевта. Со слов пациента, после данных консультаций почувствовал себя лучше. Однако через 6 месяцев вышеописанная симптоматика усилилась, потерял привычный круг общения, за прогулы был отчислен из университета, что скрывал от матери.

В 22 года стал замечать на себе косые взгляды, боялся выходить на улицу, считал, что у него "как будто накрашены губы", и что это замечают окружающие, слышал в голове "голоса", которые заставляли сидеть дома, бранили его. Испытывал чувство, что его преследуют, считал, что окружающие думают, что он "голубой". В течении 2-х месяцев находился на лечении в дневном стационаре ПНД. Был выписан домой с рекомендациями приема поддерживающей терапии. Дома регулярно продолжал прием препаратов. В 23 года вновь возникло ухудшение психического состояния. Пациент жаловался на тревогу, "голоса". Со слов матери замкнулся, с трудом справлялся с несложной работой. При поступлении предъявлял жалобы на "трудности контакта с людьми", "чувствую на себе косые взгляды", "телепатию" со стороны окружающих, "голоса", которые слышит 2 - 3 раза в день внутри головы. Настроение было снижено, говорил, что окружающие считают его "голубым".

Психический статус:

Сознание ясное, всесторонне ориентирован верно. Внешне спокоен, на вопросы отвечает по существу, подробно. Настроение несколько снижено. Жалуется на "неуправляемые мысли", отличающиеся от обычных, носящие характер отдельных слов или фраз, которые предвосхищают, повторяют действия пациента, слова окружающих людей, иногда оскорбляют, дают рекомендации, заставляют "сделай отжимания", "выколи глаза коту". Рассказывает, что способен сопротивляться этим мыслям. Во время беседы говорит, что в голове повторяются слова врача. Данные переживания присутствуют практически постоянно.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.

Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 10

Больной Л. 30 лет

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился младшим из 2-х детей, сестра на 3 года старше, здорова. Беременность без осложнений, роды в срок, двойное обвитие пуповины вокруг шеи, но признаков асфиксии не фиксировано. Раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ с 2,5 лет, адаптировался плохо, плакал, не хотел отрываться от родителей по утрам, но с детьми общался нормально. Отличался повышенной тревожностью, были ночные страхи, энурез до 7 лет, однако в летний период, когда не ходил в д/сад или школу, невротических расстройств не отмечалось. Школу начал посещать как только исполнилось 6 лет. В школу ходил охотно, учился легко, до 8 класса был отличником, занимался также в музыкальной школе, спортивных секциях, посещал кружки, но увлечения были поверхностными, на неудачи и трудности реагировал избеганием. В 5 лет на фоне гриппа с высокой температурой появились, а впоследствии периодически повторялись, сильные головные боли, частые носовые кровотечения. Обследован у невролога, на ЭХО-ЭГ выявлены гидроцефальные признаки со смещением срединных структур слева направо; получал амбулаторно лечение курсами примерно до 11 лет. В 2 года перенес "ложный круп", с 7 лет страдает бронхиальной астмой, форма - инфекционно-аллергическая, но приступы обычно провоцировались психогенно. В 11 лет в связи с утяжелением течения астмы установлена инвалидность. С того времени ежегодно по 1 мес. в году, обычно в течение учебного года, лечился в санаториях, но на успеваемости это не сказывалось. В 13 лет (после 8 класса) на летних каникулах был эпизод пониженного настроения длительностью около 2-х месяцев. В 9-м классе осложнились отношения с одноклассниками. Стал часто пропускать уроки; больше стал общаться с ровесниками (друзьями по д/с). Ухудшилась успеваемость, но всё же учился без "троек". В 14 лет после очередной неприятной ситуации со сверстниками принял несколько таблеток диазепама, после чего проспал около суток, явные суицидальные намерения не высказывал, но несколько раз говорил: "Жить не хочется". В 10-м классе пропускал уже большую часть занятий, во 2-м полугодии вообще отказался ходить в школу, дирекция предложила перевод на экстернат, но приняли другое решение: перевели подростка в физико-математический класс гимназии с потерей года, т. о. стал учиться со сверстниками. В новом коллективе чувствовал себя комфортнее, старался "подстроиться" под одноклассников, появились новые друзья. В возрасте 16 лет в компании этих ребят несколько раз употреблял марихуану. С того времени стал более раздражительным, скрытным, прогуливал занятия, к учёбе относился без интереса. Отказался от намерения поступать в университет по профилю гимназии (до этого занимался в заочной школе при этом вузе). Однако выпускные экзамены в школе сдал на "отлично", поступил в медицинский институт. Накануне начала учёбы, 31 августа, был избит, получил серьёзные травмы (перелом носа, сотрясение головного мозга), но категорически отказался от рекомендованной госпитализации, посещал все занятия с 1 сентября, даже физкультуру, был назначен старостой группы; своё плохое самочувствие тщательно скрывал от окружающих. Но через несколько недель состояние изменилось, появился страх, что не справится с учебной нагрузкой, не сдаст сессию, пропустил много занятий, стал просить, чтоб ему оформили академический отпуск. Был подавленным, избегал общения, ничем не хотел заниматься. Академический отпуск был оформлен, но при возобновлении учёбы позитивного настроения уже не было, часто прогуливал занятия, через некоторое время заявил, что хочет поступить в другой вуз на факультет психологии, хотел устроиться на работу. Но с этого времени появились более выраженные "перепады" настроения. Пытался трудоустроиться, но нигде больше 3-х недель не удерживался. На высоте некоторого подъёма настроения пытался поступить на режиссерский факультет, но при первых неудачах "передумал". В 21 год отмечался неожиданно выраженный подъём



настроения, был энергичным, раскованным в общении, стал самостоятельно заниматься по учебникам медицинского вуза, в августе подошёл к проректору, добился восстановления в институт, строил планы, как закончить вуз по "ускоренной программе, чтобы наверстать упущенное", "изучал" статьи по психофармакологии, просил у родителей назначения ему определенных медикаментов, обижался, когда ему отказывали; в это время увлёкся игрой в покер по интернету. Как выяснилось позже, начал в это время употреблять амфетамины, общался с наркотизирующимися ребятами. При прекращении употребления наркотика отмечался период резкого снижения настроения, когда ехал в метро или электричке испытывал мучительное чувство, что все окружающие смотрят на него и понимают, какой он плохой, неудачник, урод и т. п. Свои переживания частично сообщал родителям, но от лечения у психиатра отказывался. С трудом прозанимался 1 семестр, но на экзамен не вышел. В 22 года впервые госпитализирован в психиатрический стационар на лечение. Однако, существенного улучшения не отмечалось. После выписки лечение получал нерегулярно, эпизодически употреблял каннабиоиды, психостимуляторы, стал постоянно курить. Были серьёзные трудности в общении, особенно при возобновлении учёбы или попытках трудоустройства, сам заявлял, что страдает социофобией. В 23 года завязался "роман" с девушкой из Иваново, на несколько недель уезжал к ней жить, но отношения были неровные, после обид употреблял большие дозы снотворного. Перед поездкой к ней "для активации" принял несколько таблеток циклодола, после чего возникли необычные яркие видения. Был выписан с улучшением. В 24 года поехал отдыхать с девушкой на море, там по её совету принял от зубной боли таблетку с кодеином. Потом стал злоупотреблять кодеиносодержащими препаратами, в связи с чем был стационарирован в больницу. После выписки продолжал общение с лечившимися там пациентами, что создавало ещё большие трудности. Но наркотики прекратил употреблять. Однако стал "сам себе" назначать лечение, покупал в аптеке недорогие антидепрессанты, после приёма довольно высоких доз amitriptilina отмечалось несколько генерализованных судорожных припадков.

Объективно: В момент осмотра отмечается сниженное настроение, речь ускоренная, с некоторой театральностью, бравадой. Активно рассуждает в плане заданного врачом вопроса, начинает философствовать, речь пафосная. Говорит, что бывали случаи, когда окружающие к нему по-особенному относились, в голове крутилось множество мыслей.

Сопутствующие заболевания: Бронхиальная астма. Хр. аутоиммунный тиреоидит.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача №11

Больной Л., 19 лет

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена по линии матери, которая однократно лечилась в ПБ, бабушка пациента также с выраженными особенностями, при беседах с врачом непрерывно разговаривает без собеседника, смеется. Пациент родился от 2 беременности, на 33 неделе. Вес 2350. Наблюдался с детства неврологом. Во время родов был длительный безводный период. Рос легко возбудимым, был чрезвычайно требовательным, трудно сходился со сверстниками. С 5 класса на домашнем обучении, так как не мог найти контакта со сверстниками. Далее обучался в вечерней школе. В настоящее время является учащимся 1 курса колледжа, находится в академическом отпуске. Алкоголем не злоупотребляет. Курит. Ранее эпизодически употреблял "легкие наркотики" - гашиш. Половую жизнь не вел. Холост, детей нет. Проживает совместно с младшей сестрой, матерью, бабушкой и дедушкой по линии матери в отдельной квартире. Мать с отцом разведены, отец проживает в другом городе, имеет другую семью.

Из перенесенных заболеваний: энцефалополлиневропатия перинатального генеза компенсированная, со слов, страдал пиелонефритом, плохо переносил физические нагрузки, отмечалась тахикардия, вегетативные кризы. Перенес ЧМТ в детском и подростковом возрасте без потери сознания.

Анамнез заболевания:

Психические нарушения с 17 лет, когда нарушился сон, стал фиксирован на соматических ощущениях. Обращался в городскую больницу по поводу "пиелонефрита, тахикардии". В указанный период отцом была продана квартира, где проживал пациент, и он переехал жить к матери. После ссоры с отцом (раздел имущества), стал считать, что из-за сильного стресса перенес "микроинсульт", так как стало казаться, что тело потеряло вес, "отрывалось от земли", "чувства обострились", "все плыло перед глазами", "вся реальность стала другой", "будто расширилась", "была из моей головы", с указанными жалобами обращался к врачу общей практики, однако диагноз не подтверждался. Вскоре стал замечать, что все окружающее, возможно, имеет отношение к нему, особый смысл, стал активно посещать церковь, молиться, часто креститься, т.к. "обрел веру". Посещал психиатра в частном порядке, принимал тералиджен, феназепам "несколько дней" без видимого эффекта. Придя в колледж начал креститься, вступать в конфликты с учащимися, пытался вытащить одну из девушек, "чтобы сводить в храм". Был выгнан из колледжа. Был возбужден, сообщал, что у колледжа собралось 500 агрессивных настроенных людей, чтобы осуществить "свободу вероисповедания", что "мозг разогнался". Самостоятельно позвонил в полицию, полицейские при осмотре пациента обнаружили психотропные средства, вызвали бригаду СПП. Был доставлен в ПБ, дал согласие на госпитализацию. Находился на лечении в ПБ без выписки в течение 7 месяцев. В течение первых 3х месяцев считал, что его "лечат инопланетяне, а не только врачи" т.к. нашел "записку с адресом их секретной базы", получал от них "послания в мозг", в виде цифр, связывал это с тем, что около года назад видел НЛО, и что они прилетели, чтобы вступить со всеми в контакт, стал по-другому видеть "деревья", считал, что в них сосредоточена "вся жизненная энергия", называл себя Иисусом Христом. Слышал голоса окружающих, сообщающие о нем нелицеприятные вещи, что "Путин отдал приказ его кастрировать", "выдать орден мужества", разговаривал без собеседника, считал, что ему должны отрезать руки.

Психический статус при поступлении:

Сознание ясное, в месте, собственной личности ориентирован верно, дату называет с ошибкой в несколько дней. В беседе сообщает, о чувстве "измененности" окружающего, "будто все идет из головы", "как-то не так, не по-настоящему", считает, что указанная симптоматика возникла после ссоры с отцом, в результате того, что перенес

"микроинсульт", возник "дефект" в головном мозге. Также говорит, что на текущий момент, "связь" с инопланетянами возможно "сохранилась, но является скрытой".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача № 12

Больная Л., 40 лет

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена: бабушка страдает психическим заболеванием. Раннее развитие без особенностей, образование высшее. По характеру замкнутая, стеснительная. Училась хорошо, но с трудом закончила институт, в связи с возникновением психических расстройств на втором курсе. По окончании института работала на малоквалифицированных работах. В настоящее время не работает. Была замужем, в настоящее время в разводе. Детей нет. Проживает с матерью и мл. сестрой в отд. квартире.

Анамнез заболевания:

Психически больна с 16 лет. Первоначально, после окончания института устроилась на работу инженером и сразу заметила, что к ней стали плохо относиться, обсуждали ее. Начальство специально давало тяжелую работу, чтобы она не справилась. Неоднократно лечилась стационарно в психиатрических больницах. В последующем стала слышать в голове голоса, которые обвиняли, обсуждали, комментировали поступки, считала, что ей угрожает опасность, не спала ночами. Считала, что лечащие ее врачи воздействуют на нее телепатически, слышала их голоса, которые давали ей приказы, советовали, что-либо делать. Голоса внутри головы, мужские и женские, ругали ее, говорили о том, что она "плохо кончит". Больная негативно высказывалась в адрес своих близких, заявляя о том, что они ее эксплуатируют, заставляя убираться по дому, ходить в магазины, "а сами разъезжают по заграницам".

Психический статус:

Сознание не нарушено. Ориентировка сохранена. Эмоционально выхолощена, мимика бедная, настроение без существенного снижения. Большую часть времени проводит в пределах постели, в контактах крайне выборочна, обособлена. Рассказала, что практически постоянно слышит голос подруги, которая уехала в Англию. «Подруга ругает ее, периодически дает плохие советы», иногда слышит голос умершего отца, который зовет ее к себе. К своему состоянию равнодушна, формально согласно на прием лекарств в условиях стационара.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

### Задача № 13

Больная Е., 17 лет

Жалобы:

На сниженное настроение, сложности концентрации внимания, сонливость в течение дня. Нежелание посещать школу.

Анамнез жизни:

Наследственность формально не отягощена. Родилась от первой беременности, первых срочных родов самостоятельно. Масса при рождении 3350 г, длина 52 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту без осложнений. ДДУ посещала с трех лет. Адаптировалась хорошо. В школу пошла в 7 лет. Адаптировалась хорошо, была хорошисткой. С 7 класса обучалась в лицее. Активно поддерживает общение со сверстниками. Детские инфекции и хроническую патологию отрицает. Судороги, обмороки отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина. Прививки по возрасту без осложнений. Переломов не было. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки: употребление психоактивных веществ, алкоголя отрицает; курение с 16 лет. Мenses с 13 лет, цикл регулярный, безболезненный. Половой жизнью живет с 16 лет. Беременности отрицает. В настоящее время молодого человека нет. Родители развелись, когда девочке исполнился один год. В настоящий момент проживает с матерью. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Анамнез заболевания:

Отмечает эпизодические колебания настроения с 15 лет: от "незначительных подъемов, когда настроение черт знает какое" на плохое, когда "вообще ничего не хочется". Указывает, что "периоды спада" сопровождаются часто немотивированной раздражительностью, плаксивостью, когда эпизодически наносит себе самоповреждения (неглубоко режет себе предплечья) "чтоб полегче стало". В 16 лет стала раздражительной, подралась с одноклассницей, начала курить, часто ссорилась с матерью. Снизилось настроение, перестала выходить из дома, забросила учебу. "В этот период ничего не радовало, как будто выключили кнопку счастья." Стало трудно засыпать, часто снились кошмары, рассталась с молодым человеком. Со слов "вообще тяжело было с кровати встать, делать ничего не охота было, даже говорить ни с кем не хотелось". Период сниженного настроения длился около 3 месяцев, затем состояние нормализовалось, улучшилось настроение, появилась мотивация, помогала бабушке и маме на даче. Эпизод "значительного подъема" настроения, который был очень заметным для окружающих и самой больной, возник через месяц после его нормализации, постоянно пребывала в состоянии "то озлобленности, то любви ко всему и вся". Так же в этот период времени требовалось значительно меньше времени на сон, хотелось "постоянно чем-то заниматься, трудно было усидеть на месте". Взяла в долг у друзей значительную сумму денег, иногда крадя вещи из магазина. Была излишне разговорчивой, со слов "приобрела множество знакомств как нужных, так и бесполезных". Отмечает, что после периода "дурацкого настроения" наступил период "адекватного просвета", когда поняла "что всего было избыточно, но ничего не успела и практически не помню". С данными жалобами никуда не обращалась. Поводом для обращения к врачу в настоящий момент послужило то, что в настоящее время отмечает выраженное снижение настроения, практически полное отсутствие аппетита, нежелание поддерживать социальные контакты, сонливость на протяжении дня, быструю утомляемость, частые ночные пробуждения.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено. Ориентирована всесторонне верно. Контакт доступен полностью, на вопросы отвечает развернуто, тяготеет своим состоянием, ищет помощи. Во время беседы сидит, практически не меняя позы, мимика обедненная, речь монотонная. В беседе плаксива, успокаивается сама.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 14

Больной П., 29 лет

Анамнез жизни:

Наследственность без видимой психопатологической отягощенности. Родился в срок, от 1 беременности. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие без особенностей. Посещал ДДУ, в школу пошел в 7 лет, проблем с адаптацией в коллективе не отмечалось, с программой справлялся, учился хорошо. Рос активным, живым ребенком. Занимался спортом (бег), участвовал в соревнованиях, имеет награды. По окончании школы поступил в институт. Получил специальность преподаватель физкультуры, по которой не работал. Занимался грузоперевозками вместе с отцом. Проживает с родителями в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Не женат, детей нет. Наличие вредных привычек отрицает.

Анамнез заболевания:

Родители описывают сына по характеру общительным, спокойным. Психические нарушения манифестировали в 22 года. В тот момент активно пользовался интернетом, «социальными сетями», где познакомился с девушкой. Переписывался с ней, позже произошла ссора. Стал подозревать, что их переписка и общение могут стать известны окружающим. Опасался, что могут узнать, какая информация храниться в его компьютере. Ремонтировал компьютер, стирал все записи, позже, находясь в состоянии возбуждения, разбил компьютер. Родители, обеспокоенные состоянием сына, вызвали милицию. Из милиции пациент был госпитализирован в психиатрическую больницу. В стационаре находился 1 месяц. Далее заболевание приобрело приступообразный характер. За 5 лет находился на стационарном лечении в ПБ

7 раз. Первая ремиссия длилась около года, последующие становились короче.

Психический статус при поступлении:

Все виды ориентировки были сохранены, внешне был несколько возбужден, суетлив, многоречив, периодически улыбался неадекватно теме разговора. На вопросы в отношении фактических, биографических данных отвечал по существу. На вопрос о самочувствии, жалобах, говорил, что ничего не беспокоит, и не знает, зачем родители привезли его лечиться. При активном расспросе сообщает, что имел контакт с инопланетянами, различными сказочными героями. В настоящее время не исключает возможности возобновления общения с ними. Сообщил, что «мы все живем 3000 лет, среди нас живут роботы, меня, как и все человечество родила мамаина коллега по работе».

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача №15

Больная П. 34 года

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. Роды, раннее развитие без особенностей. Образование высшее, экономист, работала по специальности в коммерческой фирме, последние 2 года работает нерегулярно, с последнего места работы уволилась 2 месяца назад. Не замужем, детей нет, живет одна в отдельной квартире, часто бывает у родителей в селе. По характеру в преморбиде очень активная, целеустремленная, общительная. Серьезных соматических заболеваний не переносила. Алкоголем не злоупотребляет, систематическое употребление наркотических веществ не прослеживается. Судорожных приступов не было.

Анамнез заболевания.

С подросткового возраста отмечает у себя колебания настроения, причем зачастую настроение могло меняться до нескольких раз в день как в сторону повышения, так и понижения. Отчетливые психические нарушения с 18 лет, когда была подавлена, тревожна, похудела, не ходила в институт, казалось, что люди на улице «косо смотрят», было ощущение разыгрывающегося спектакля. Своими переживаниями ни с кем не делилась, состояние нормализовалось спонтанно, через 2 месяца приступила к учебе, сдала сессию. На протяжении последующих 2 лет продолжались колебания настроения, временами начинало казаться, что на нее «косо» смотрят, но продолжала учебу, устроилась на работу, в целом была успешна. Новое ухудшение в 20 лет: повысилась активность, совсем мало спала, была очень деятельной, совершила массу ненужных покупок. В этот же период, по совету подруги, стала принимать психостимулятор амфетаминового ряда перед походом на дискотеку, вечеринку «чтобы не спать», принимала его 1-2 раза в неделю, при приеме пропадала сонливость, чувствовала прилив сил, на следующий день отмечала вялость, разбитость. К врачам не обращалась. В 21 год состояние вновь ухудшилось: стала ощущать, что вокруг происходит спектакль, все имеет к ней отношение, в плакатах, телепередачах улавливала «послания», направленные ей, в лицах прохожих «узнавала» друзей, что тоже было «хорошим знаком», стала слышать внутри головы музыку, чувствовала, что ее «охраняют» некие «космические силы». Через месяц состояние изменилось - стала тревожной, подозрительной, стало казаться, что за ней следят, говорила родным, что телефон прослушивается, что ощущала по «эху» в трубке, намеренно оставила на почте все документы, пыталась спрятаться, позвонила родителям, вызвала их к себе, заявила, что у нее «мания преследования», выглядела тревожной, испуганной. По приезду родителей стала диссимулировать свои переживания, чтобы избежать похода к психиатру, но была возбуждена, плохо спала. После консультации у врача психиатра была госпитализирована в психиатрическую больницу. После выписки лечение получала нерегулярно. В последующем ухудшение состояния отмечались каждые 2-3 года. После последней госпитализации прекратила приема препаратов, т.к. «почувствовала себя здоровой», вновь стала тревожной, напряженной, отключила электричество в квартире, сидела со свечкой. Матери по телефону сообщила, что «квартира – это лабиринт, здесь много вооруженных людей», «кажется, будто мысли куда-то пропадают». Госпитализирована в психиатрический стационар.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.



6. Определите объем реабилитационных мероприятий.  
Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача №16

Больной Ч., 28 лет

Анамнез жизни:

Наследственность психическими заболеваниями, предположительно, не отягощена. Рост и раннее развитие без особенностей. В школу пошел вовремя, закончил 11 классов, затем поступил в колледж, однако вскоре его бросил, т.к. «было неинтересно». Работал на малоквалифицированных работах: в багетной мастерской, откуда был уволен в связи с «необучаемостью»; официантом, уволен в связи с конфликтами с начальством; натурщиком в Академии художеств. В настоящий момент нигде не работает. Проживает с матерью и отчимом, в коммунальной квартире. Не женат, детей нет. В армии не служил, в связи с установленным диагнозом: множественный мелкокистозный арахноидит. Был судим в 2013 году за хранение наркотиков, было назначено наказание в виде штрафа. Из перенесенных заболеваний: множественный мелкокистозный арахноидит, ОРВИ в течение жизни. Серьезные травмы, операции, гемотрансфузии отрицает, в детском возрасте чмт без потери сознания в бассейне.

Анамнез заболевания:

С детского возраста отличался неустойчивым настроением. В 15 лет имели место 5 попыток суицида, носивших брутальный характер: обливал себя бензином и поджигал, однако был потушен другом, пытался прыгнуть с крыши, однако был остановлен бомжами, находившимися там, собирался прыгать на лед с моста, но был остановлен. Мотивировал это непониманием со стороны близких и друзей. После 20 летнего возраста имели место еще несколько попыток суицида, носивших демонстративный характер - обливал руку бензином, но самостоятельно тушил, пытался резать руки из-за проблем в личной жизни. Примерно с подросткового возраста начал увлекаться литературой и телепередачами религиозного содержания, в основном связанных с буддизмом и индуизмом. Примерно с 14 лет начал употреблять алкоголь, с 16 эпизодически употреблял ПАВ (гашиш, анаша, «спиды», «кислоту», кокаин), с 25 летнего возраста стал наркотизироваться реже, данных о сформированной зависимости нет. Устроившись на работу натурщиком стал "медитировать", чтобы было проще находиться в одном положении долгое время. В 26 лет психическое состояние изменилось остро, появилась напряженность, сниженная потребность во сне, стал очень активным. Находясь у друзей, занимаясь медитацией, ощутил, что на него "снизошло состояние нирваны", т.к. стал испытывать чувство эйфории, прилива "энергии", легкости в теле, повысилось настроение, темп мышления и речи при этом характеризовал как замедленный, "плавный". Со слов, ПАВ не принимал. Придя домой стал конфликтным, возбужденным, поссорился с отчимом, считал, что тот влияет на него через "пузную чакру", чтобы свести с ума и положить в психиатрическую больницу, при этом испытывал неприятные ощущения в желудке в виде "давления", мысленно общался с отчимом. Казалось, что тот управляет его мыслями и действиями, может вкладывать их, ощущал наплывы мыслей, считал, что отчим является дьяволом (после ремонта газовой колонки отчимом произошло ее локальное возгорание - "тут я все понял"). Считал, что отчим ворует его вещи, чтобы затем использовать их во вред, замечал, что пропадают канцелярские ножи ("возможно хотел зарезать меня и соседей"), документы на ранее оформленное пациентом ИП ("хотел набрать на меня кредитов, лишить средств"). Называл свои отношения с отчимом "шахматной партией - черных и белых, я за белых он за черных, добро против зла". Слышал голоса соседей "через стену, ушами". Стал отмечать, что все происходящее вокруг является подстроенным, необычным, чрезвычайно ярким. Ушел из дома, находясь на улице вел себя неадекватно, был возбужден, бегал по улице, демонстрировал гениталии, выходил на дорогу, считал, что его преследуют «масоны или отчим», слышал его голос в голове, считал, что тот может управлять его мыслями и действиями, пытался

скрыться от преследователей следуя дорожным знакам, на которых видел "указания" направления к побегу, чтобы не оказаться в психиатрической больнице. Был задержан сотрудниками ДПС и доставлен в изолятор, откуда переведен в психиатрическую больницу. Дома медикаментозную терапию принимал нерегулярно, вновь начал проявлять агрессию в адрес отчима, не спал ночами, без какой-либо причины вечером уходил из дома, возвращался на следующий день, не объясняя свое отсутствие. Возобновил наркотизацию канабиноидами. Вскоре осознал, что является «Буддой», так как мог подолгу находиться в одном положении работая натурщиком – «медитировал». Стал считать, что «идет война темных и светлых сил», нужно противостоять «темной силе», «дьяволу – отчиму». Со слов матери, состояние менялось от подавленного до возбужденного.

#### Психический статус при поступлении:

Сознание ясное. В месте, и собственной личности ориентирован верно, дату называет с ошибкой в несколько дней. В поведении упорядочен. Внешне неопрятен, несколько заторможен, мимика сглажена, манерен и напряжен, держится без выраженной дистанции, в беседе участвует неохотно, на некоторые вопросы отвечает формально. Сообщает, что является "Буддой", "идет большая война", "темных и светлых сил", считает отчима "дьяволом" - главой темных сил, добавляет, что "не хочет вмешиваться", что "болен как весь мир". Хочет пожать врачу руку, затем интересуется не желает ли лечащий врач ему "зла", т.к. "не смог убежать", "не следовал знакам", "все-таки смогли положить в больницу", при этом согласен на лечение. Испытывает "влияния отчима" на мысли, "ощущения в животе".

#### Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача №17

Больной А., 21 год.

Анамнез жизни:

Единственный ребенок в семье. Рос и развивался нормально. В школу пошел вовремя, был отличником. Окончил 11 классов. После окончания школы поступил в ВУЗ, в настоящий момент студент первого курса, находится в академическом отпуске. Проживает с родителями. Не женат. Детей нет. Половую жизнь не ведет.

Анамнез заболевания:

Психические нарушения стали проследиваться в 5-6 классе, когда без провоцирующих факторов снизилось настроение, стал более замкнутым, малообщительным, "ушел в себя", стали отмечаться страхи, связанные с родственниками: "постоянно стал думать, что родственники умрут", "пытался избавиться от этих мыслей", "зачеркивал их у себя в голове, но их становилось только больше". К врачам-психиатрам не обращался, отметил, что состояние улучшилось самостоятельно, «спустя год навязчивых мыслей не стало», появились ощущения наплывов, путаницы мыслей. В дальнейшем присоединилось сексуальные стремления к сестре, тете, гомосексуального характера, совершал «защитные» ритуалы, чтобы избавиться от данных переживаний «снять возбуждение» - много ходил, «дергал» ногами, придумал свой собственный «виртуальный мир» в котором считал себя «более успешным, более харизматичным, был там с девушками, с которыми не мог быть в обычной жизни». Начал интересоваться религией, пытался "избавиться" от грехов. Лечился частным образом у психотерапевта и психиатра.

Психический статус при поступлении:

В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Внешне: напряжен, неусидчив, обеспокоен; настроение незначительно снижено, внимание рассеяно, легко отвлекаем. Сообщает о наличии путаницы мыслей, неотступных переживаниях в виде сексуального стремления к сестре, тете, гомосексуального влечения в отношении окружающих, также предъявляет жалобы на быструю утомляемость, трудности концентрации внимания.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача № 18

Больной Э., 34 года

Жалобы: «Депрессия», мысли о собственной никчемности, бесполезности, малозначимости. Боится появления тревоги вновь.

Анамнез жизни:

Единственный ребенок в семье. Рос и развивался согласно возрасту. В школу пошел с 7 лет. Окончил 9 классов, поступил в лицей по специальности штукатур- маляр, но по специальности не работал. Служил в армии (2000-2001), был комиссован в связи с наличием язвенной б-ни 12 п кишки. После демобилизации работал в частных торговых фирмах. Не женат, детей нет. Проживает с родителями.

Анамнез заболевания:

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Психические нарушения с 30 лет, которые возникли на фоне психотравмирующей ситуации, когда девушка объявила ему о прекращении отношений. Стал алкоголизироваться, курил гашиш, в один из дней на работе развилось паническое состояние с тревогой, учащенным сердцебиением, по скорой помощи был госпитализирован в соматическую больницу. Находился на лечении сутки, был выписан. На следующий день вновь по скорой помощи по скорой из дома госпитализирован в соматическую больницу, где также находился в течении суток. Был назначен грандаксин, на фоне которого тревожные состояния значительно уменьшились в своей интенсивности. В возрасте 31 года в связи с усилением тревоги, появлением неустойчивости настроения проходил амбулаторное лечение. Принимал клоназепам около месяца, затем бросил. В 32 года появились шумы, свист в голове, обрывки фраз, на улице стал замечать изменившееся к себе отношение, люди по другому стали смотреть, обсуждать его. Стал более резко воспринимать окружающие запахи. Был госпитализирован в ПБ. В первые недели сохранялась внутренняя напряженность, подозрительность, тревожность. Говорил, что в отделении прислушивается к разговорам, обращает внимание на их содержание. Жаловался на подергивание в области шеи, которые "отдают в голову". Говорил, что периодически слышит шепот, детские голоса со стороны, "отдельные слова произносят". Нарушился сон. Ощущал путаницу мыслей в голове.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирован всесторонне верно. Внешне опрятен. Напряжен. Речь ускорена по темпу, говорит громким голосом, много. Настроение, со слов пациента, плохое ("все плохо, погода никакая"), оценивает на 3-4 бала из 10. Внимание неустойчивое, легко отвлекается. Часто меняет тему разговора, перескакивая с одной на другую. Отмечает наплывы мыслей: "так много мыслей, то о том думаю, тут же о другом и не успеваю за ними", и отсутствие мыслей: "могу уйти в себя и в голове пустота, никаких мыслей нет". Фиксирован на негативных переживаниях: "все плохо, я никто, ничего не добился". Слышит "невнятные обрывки слов и фраз иногда слышу около уха, бубнят, будто осуждают меня, смеются". "Кажется, что люди на меня часто оборачиваются, думают обо мне плохо, осуждают". Сообщает, что "ничего не хочется делать, должен сделать, а не делаю", что "люблю играть с мыслями, поговорить сам с собой". Считает, что слишком много "говорит сам с собой", "не должно так в норме быть".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.

5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 19

Больной Н., 25 лет

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически отягощена (тетя пациента болела шизофренией). Родился в срок, в анамнезе - гипертензионно-гидроцефальный синдром, перинатальная энцефалопатия, дизартрия. Отмечались трудности в обучении, повышенная отвлекаемость внимания с детского возраста. Окончил 9 классов, в настоящее время обучается заочно в колледже на 3-м курсе. Не женат, проживает с родными. С 9 лет неоднократно лечился в неврологических отделениях в связи с риносинусогенным церебральным арахноидитом с пароксизмальными расстройствами. В 6 лет перенес сотрясение головного мозга, лечился стационарно. С 17 лет употреблял амфетамины около 0,025 г/сут интраназально, с 18 лет «практически ежедневно» курил «гашиш» по 1-3 р/день.

Анамнез заболевания:

С 16 лет, со слов матери, стал употреблять алкоголь, изменился по характеру: стал более раздражительным, злобным, с этого же времени отмечаются психические нарушения, когда «после ссоры с другом потерял уверенность в себе, стал замкнутым, появились различные страхи». На фоне тревоги и страха появилось ощущение «подстроенности», «наигранности» окружающей обстановки, как будто друг разыгрывал спектакль для него», «периодически было ощущение борьбы добра и зла», «зло переманивало на свою сторону, терял моральные ценности». С течением времени становился более замкнутым, раздражительным, стал подозрительным в отношениях с другом. С 18 лет нарушился сон, появился «свой внутренний голос» и «голос, который им управляет и командует», иногда «не чувствовал своего тела». Обратился за помощью к врачу психиатру, был госпитализирован.

Психический статус при поступлении:

Ориентирован всесторонне верно. Сознание ясное, внешне напряжен, тревожен, Говорит; «мне не по себе, тревожно, ... страхи всякие, хочется сделать что-то плохое, в голове план мести другу». Сообщил: «чувствую взгляды окружающих, преследование, наверное, друг организовал». До конца своих переживаний не раскрывает. Наличие «голосов» не отрицает; «слышу голос, с которым разговариваю, он подсказывает, иногда еще внутренний голос слышу». Не отрицает наличия «путаницы» в мыслях, наплывов мыслей, разматывания воспоминаний перед сном. Сон с трудностями в засыпании.

Сопутствующий диагноз:

Резидуально-органическое поражение головного мозга смешанного гезеза. Церебральный посттравматический кистошо-слипчивый арахноидит с умеренно выраженным гипертензионным синдромом, пароксизмальноподобными и пароксизмальными изменениями.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача №20

Больная А., 30 лет

Анамнез заболевания:

Впервые психические нарушения с 20 лет, года после избиения пациентки "скинхедами": стала бояться выходить на улицу, затем дома загораживалась ширмой. Объясняет это тем, что "была злая на маму, не хотела на неё смотреть". Стала "слышать голоса", которые "звучат снаружи", комментируют, приказывают. Ощущала "инопланетян" в разных частях тела: в подбородке, плече. Позже "поняла, что это родственники приходят в неё, а не инопланетяне". Расчесала подбородок до крови, пытаясь "прогнать их оттуда". Один раз перерезала себе вены на предплечье, потому что "голоса приказали сделать это" (на правом предплечье сохранились 7-9 шрамов от порезов). Отмечались вспышки агрессии, злобы в адрес матери. В 21 год ударила мать, потом говорила, что "это не она, ею управляют родственники". Неоднократно лечилась в ПБ.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически не отягощена, родилась в полной семье, имеет двух братьев и сестру. Росла и развивалась без особенностей, в школе была отличницей, затем училась в педагогическом колледже, параллельно работала воспитателем в детском саду, обучение и работу прервала в связи с началом заболевания в 20 лет. Пережила психотравмирующую ситуацию: в 17 лет была похищена, 3 года считалась без вести пропавшей, затем была найдена родственниками и освобождена. Проживает с матерью в комнате в общежитии. Не замужем, детей нет.

Психическое состояние:

Ориентирована всесторонне верно, контакту доступна. Постоянно "слышит голоса родственников - братьев, кузенов, которые приходят в плечо и не хотят уходить" комментирующего и императивного характера. Голоса "говорят, куда смотреть, что говорить, комментируют все события: сейчас сказали посмотреть на лицо врача, потом на халат". В беседе малоинициативна, постоянно смотрит на мать, чтобы та отвечала вместо неё, признаётся, что "голоса запрещают говорить". Признаёт, что родственники сейчас за много километров отсюда, но убеждена, что "они правда сидят в плече именно сейчас"; со слов матери, хорошо общается с братьями лично, но оставшись одна, испытывает к ним злобу, повторяет, что "убьёт их, чтобы больше не приходили ко мне". К матери привязана, но очень холодно с ней общается.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.



## Задача № 21

Больная Ю., 15 лет

Жалобы: На сниженное настроение, эмоциональную лабильность, плаксивость, раздражительность, прерывистый сон, мысли навязчивого характера после расставания с молодым человеком.

Анамнез жизни: Наследственность психопатологически формально не отягощена. Единственный ребенок в семье. Родилась от 1 беременности, протекавшей на фоне терапии внутриутробной инфекции (цитомегаловирусная инфекция), с угрозой прерывания, затяжных родов с обвитием пуповиной, гипоксией. Масса при рождении 4020 г, длина 58 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Находилась на грудном вскармливании до 2 лет. Прививки по возрасту, без осложнений. ДДУ посещала с 3 лет, в связи с трудностями адаптации меняла 3 учреждения, периодически ДДУ не посещала, воспитывалась бабушкой. В школу пошла в 7 лет, успевала хорошо, лучше по гуманитарным специальностям. Учится в 9 классе, год назад сменила школу. Увлекается психологией, чтением художественной литературы. Судороги, обмороки отрицает. Операций, переломов не было. Вредные привычки: алкоголь не употребляет, употребление ПАВ отрицает. Курит с 14 лет. Проживает с родителями. Матери 44 года, образование высшее. Отцу 46 лет, образование высшее.

Гинекологический анамнез: мenses с 11 лет, цикл регулярный, длительность цикла колеблется. Половую жизнь ведет с 15 лет, беременности отрицает, предохраняется барьерными средствами контрацепции.

Анамнез заболевания: В детском возрасте после просмотра фильма в течение двух недель девочку беспокоили мысли навязчивого характера о том, что она "захочет убить родителей", после беседы с матерью данные мысли утратили свою актуальность. Позже, уже в подростковом возрасте после случая в метро, когда "мама запретила смотреть на инвалида без рук", в течение некоторого времени при виде подобных людей в метро девочку охватывала паника, она "обливалась потом", но вскоре, дав одному из них деньги, перестала об этом беспокоиться. Воспитывалась девочка преимущественно в семье, поэтому всегда "не очень уютно чувствовала себя в коллективе". В 13 лет после психотравмирующей ситуации со знакомым молодым человеком стала испытывать раздражительность и дискомфорт, когда кто-то стоит сзади. Вскоре стала встречаться с молодым человеком, отношения были сложными, часто становилась раздражительной, плаксивой, "устраивала истерики, кричала на него без повода", с большей частотой во второй половине менструального цикла, из-за чего через 5 месяцев общения сама стала инициатором расставания, на фоне этих событий наблюдалась ситуативно обусловленная депрессивная реакция, усиление аффективных колебаний и раздражительности. После нескольких неудачных попыток с ним помириться однократно нанесла себе несколько поверхностных порезов бритвой на области левого предплечья без суицидного контекста, с целью переключить эмоциональные переживания на физическую боль. Сменила школу. Никуда не обращались, затем стала посещать психолога, на фоне занятий с ним стала более спокойна, менее конфликтными стали взаимоотношения в семье. В 14 лет перестала посещать психолога, т.к. "хотелось больше времени проводить с молодым человеком", стала меньше времени уделять учебе, но успеваемость не снижалась. Несколько месяцев не поддерживала с ним общения. С родителями и больной длительное время жила бабушка, которая воспитывала ее с детства. Когда пациентке было 14 лет, после длительной болезни бабушка умерла, что очень тяжело переживалось всеми членами семьи. Сама больная с этим событием связывает некоторое сужение круга интересов, повышенную отвлекаемость на занятиях в школе. Вскоре пациентка возобновила отношения с молодым человеком, однако на их фоне стала замечать появление мыслей навязчивого характера о том, что "может быть, его не любит", которые усиливали эмоциональные колебания, говорила ему "мне страшно", требовала к себе повышенного

внимания, но в его обществе успокаивалась на некоторое время. За день до обращения серьезно поссорилась с молодым человеком, уже по его инициативе. После этого приезжала разговаривать с его матерью, где с ним встретилась, и тогда молодой человек озвучил ей свое более взвешенное решение, что "они расстаются". Накануне обращения к психиатрам у больной произошла "истерика", она высказывала стремление вновь нанести самоповреждения, однако пообещала матери не делать этого, нарушился сон, со слов матери, "не могла совладать со своими эмоциями, понимала, что он не вернется и боль от этого не станет меньше". Бригадой СМП выполнена инъекция супрастина с кратковременным положительным эффектом. Также отмечают эпизодические головные боли, часто провоцируемые эмоциональным напряжением.

Психический статус при поступлении: сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, беседу охотно поддерживает, делится переживаниями, несколько тревожна, настроение снижено, высказывает стремление "долго плакать", но в беседе сдержана. Отмечает наличие мыслей навязчивого характера о расставании с молодым человеком, сожаление о том, что раньше не занялась своим состоянием, "ведь тогда можно было бы все предотвратить, а теперь он все равно ко мне не вернется". Сообщает, мысли навязчивого характера о том, что "а вдруг я не люблю молодого человека, или то, что было в детстве с родителями, когда я рыдала сутками и не знала, куда от них деться", возникают в разных вариациях на протяжении длительного времени, высказывает стремление "разобраться в этом".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 22

Больная Р., 17 лет

Жалобы: На тревогу, мысли навязчивого характера, что "что-то случится с мамой", сопровождающиеся яркими образными представлениями, частые головные боли в височных областях пульсирующего характера, купируемые приемом ибупрофена, приступы "паники", сопровождающиеся страхом, снижением настроения, учащением сердцебиения, чувством нехватки воздуха.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически отягощена депрессивным расстройством у деда по линии отца. Родилась от 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов, протекавших нормально. Масса при рождении 3350, длина 51 см. Раннее психомоторное развитие по возрасту, прививки по возрасту, без осложнений. ДДУ посещала с 3 лет, адаптировалась с трудом первые полтора года плакала. В школу пошла в 7 лет, успевала хорошо. Закончила 10 классов общеобразовательной школы, поступила в колледж, учится на 1 курсе. Планирует перейти на экстернат и поступать в университет на филологический факультет. Занималась спортивной ходьбой, атлетикой, в течение трех лет занимается паркуром, проводит обучающие занятия в женской группе. Детские инфекции: ветряная оспа. Перенесенные: частые ОРЗ в детском возрасте. Судорожный синдром в виде двух судорожных приступов без потери сознания в возрасте 1 г 4 мес на фоне обезвоживания, получала фенobarбитал. Отмечалось однократно обморочное состояние, при наступлении менархе. Наблюдалась и проходила стационарное лечение у невролога в 15 лет, на МРТ признаки ретроцеребеллярной кисты и арахноидальной кисты левой височной области. Операций, переломов не было. Частые растяжения связок. Mensis с 11 лет, безболезненные, цикл регулярный. Проживает с матерью и отчимом. Отец погиб, в семье не проживал с раннего возраста девочки, родители развелись. Матери 37 лет, образование среднеспециальное, занимается ремонтом. Вредные привычки отрицает.

Анамнез заболевания:

В возрасте 9 лет однократно отмечался приступ нехватки воздуха в ночное время, сопровождавшийся страхом, испугом. Со слов девочки, в детском возрасте после проведенного времени у бабушки и дедушки, которые "постоянно ругались", приходила домой и когда находилась вдвоем с мамой, "в голове возникали их крики", что вызывало беспокойство. Длелись эти явления около двух лет, до тех пор, пока не перестала проводить с ними вечера. Со слов матери, в младших классах девочка в сопровождении матери лежала в стационаре, обследовалась по поводу слабости в нижних конечностях, в течение двух недель "не ходила", никакой патологии выявлено не было, затем двигательная активность самостоятельно восстановилась, сразу стала "кататься на роликах". Около 4 лет назад появились нарушения пищевого поведения, была недовольна внешним видом, стала ограничивать себя в еде, потеряла в весе около 7 кг, прекратился менструальный цикл, спустя 6 месяцев режим питания нормализовался, цикл восстановился. Позже появились периоды переедания, пыталась вызывать рвоту, но "не выходило", испытывала чувство вины от перееданий; снизился эмоциональный фон, после очередного срыва "была как в тумане". В 15 лет вновь появились приступы паники, стала во время них испытывать чувство нехватки воздуха, учащение сердцебиения, периодически головную боль, длительностью до нескольких часов. Приступы паники возникают около 4 раз в месяц. Позже сообщает, что с 9летнего возраста эпизодически возникали подобные приступы с меньшей степенью выраженности. Отмечает два наиболее выраженных по силе и продолжительности приступа, оба из которых довелось наблюдать матери. С слов девочки, во время приступа учащается сердцебиение, "я дышу очень часто и мне воздуха не хватает. Хочется аж руки в стороны развести, чтоб диафрагму расправить". Указала, что снизился общий эмоциональный фон, стала эмоционально лабильна, плаксива, сохранялись периоды переедания. Обратилась

самостоятельно к психотерапевту в ноябре, после назначенного лечения отмечает урежение частоты возникновения приступов, "раньше могли быть каждый день, и потом их долго не было, сейчас не так часто, но они стали более интенсивны". Около недели назад мать заметила девочку во время подобного приступа, который длился около часа, "ее трясло, говорила, что задыхается", успокоилась самостоятельно. Также девочка отмечает, что изредка во время приступов паники возникает ощущение, что "не сможет себя контролировать и возникнет желание что-то сделать с собой или причинить вред окружающим, хотя мне совершенно не свойственны такие мысли: я хочу жить, но меня как будто толкает что-то, а я сопротивляюсь, т.к. умирать точно не хочу"; а также раздражительность в адрес родственников. Приводит пример: «когда я в августе во время приступа лежала на кровати, посмотрела на крюк, который торчал из стены, в голове возникла мысль "о том, чтобы повеситься, я пошла к маме и на мгновение возникла мысль: задушить ее, сложно сказать, мои ли это мысли, если пытаюсь с ними справиться, то наверное, не мои". Также девочка около года назад стала замечать наличие тревожных мыслей навязчивого характера, что с матерью может что-то случиться, например, "когда приду домой, или ночью проснусь, обнаружу, что мама лежит без сознания", мысли в половине случаев сопровождаются визуализированными представлениями в виде "теней": "открываю дверь и может на несколько секунд показаться, что мама лежит на полу", возникают ежедневно, со слов, их тяжело контролировать, сложно "переключиться", однако указывает, что "я проверяю, как она только если прохожу мимо комнаты по делам". На протяжении последних нескольких недель до госпитализации ложилась спать с матерью, так как "она понимала, что мне нужно помочь". Указала, что "иногда, когда я просыпалась, проверяла, дышит ли мама". За день до обращения к психиатру, поехали с матерью по магазинам, в метро вновь появилась паника, чувство нехватки воздуха, снизилось настроение, участилось сердцебиение. Затем в кафе обратились к медработнику, отмечалось повышение АД до 120/80 ммртст при рабочем 110/70 мм рт ст, бледность кожных покровов, был дан валидол сублингвально, нашатырный спирт, к концу дня по возвращении домой тревога стала менее выраженной.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, доброжелательна, охотно делится переживаниями, тяготится ими. Эмоциональный фон, со слов, несколько снижен, но мимика живая, адекватно реагирует на шутки. Рассказывает о том, что раньше "радовалась каждому новому дню, а сейчас бывает, просыпаюсь и ничего не хочется, и только мечта (выучиться на филолога) помогает с этим справиться", рассказывает об этом с улыбкой, внешние эмоциональные реакции несколько неконгруэнтны предъявляемым жалобам на тревогу, в том числе и за здоровье матери, и плохое настроение. Отмечает частое появление ни с чем не связанной тревоги. Указывает на актуальность нестабильности перепадов настроения в течение дня, плаксивость. В целом стала менее открытой в общении с друзьями, но больше сблизилась с матерью. Указывает, что "меня очень сильно напрягает, что я всегда была человеком, у которого все здорово, а тут в какой-то момент просто все пропало". Отмечает в прошлом наличие дискомфорта при нахождении среди большого числа людей: "если на меня смотрели, значит со мной было что-то не так".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

### Задача № 23

Больной Ж., 16 лет

Жалобы:

Со слов тети, на неряшливость, раздражительность в адрес родственников, снижение успеваемости, неопрятность. Сам мальчик отмечает, что в течение дня часто голова бывает "каменной", медленно получается читать, обращает внимание на сниженное настроение, нарастающую бездеятельность, трудности в общении со сверстниками, ощущение волнения при этом. Сообщает, что мало общается из-за того, что это ему не интересно. Также беспокоит раздражительность в течение дня, однако старается ее не проявлять, стремясь произвести более благоприятное впечатление. Сообщает, что обеспокоен своими симптомами, боится, что, как и его мать может "заболеть шизофренией".

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена шизофренией у матери (Sch у матери диагностирована после родов). Родился от 1 беременности, срочных родов путем операции кесарева сечения (преэклампсия). Во время беременности мать на учете не состояла. Масса при рождении 4500. Сел в 6 мес, пошел в 1 год, фразовая речь с 3 лет, дизартричная. Ребенок посещал ДДУ с 2,5 лет, часто менял ДДУ из-за агрессивности, неуравновешенности, неадекватного поведения. Стал с 5,5 лет посещать логопедический ДДУ, занимался с логопедом. В раннем возрасте проживал с родителями в другом городе, после заболевания матери переехали в СПб. Мать умерла когда мальчику было 5 лет в ПБ, где последние 2 года пребывала без перерыва. Отец - сантехник, в воспитании ребенка участия не принимал, вскоре ушел из семьи. Со слов тети, мальчик был предоставлен сам себе, родители почти не занимались его воспитанием. Тетя вспоминает, что часто наблюдала, будучи в гостях у сестры, как ребенок лежит в ногах у матери, мать зажимает подушками уши, слушая голоса, а ребенок кусает ее до крови, пытаясь обратить на себя внимание матери. Был случай, когда, заметив ребенка с прижатым подбородком к груди, тетя задала ему вопрос, почему он так наклонил голову, на что он ответил «чтоб мама не душила». В возрасте 5 лет мальчик не всегда понимал обращенные к нему вопросы, был непоседливым. В 6 лет, когда пошел в школу, умел писать, читать, оперировал счетными операциями в пределах ста. Воспитание тети, после смерти матери ограничивалось наказанием (да, я его иногда физически бью, а как иначе), требовала от него, чтобы он все свое время проводил с уроками, купила таблицу Менделеева и требовала от ребенка, чтобы он ее учил. Мальчик сопротивлялся нагрузке, что выражалось в неподчинении, вербальной агрессии, ругался матом, но со слов тети, не на нее, так как боялся физического наказания. После 7 класса перешел в математическую школу. Успеваемость снизилась, со слов тети. Проживает с тетей и бабушкой.

Анамнез заболевания:

В детстве отмечались признаки гиперактивности, в возрасте 5 лет после смерти матери обратились в ПНД, в связи с настороженностью ребенка, нежеланием идти на контакт с врачом, был выставлен диагноз умственная отсталость, назначена ноотропная терапия. Был безучастен к смерти матери. Находился короткое время в детском отделении психиатрической больницы. На момент нахождения в отделении беспокоили непослушание, непоседливость, легкая возбудимость, периодическая агрессивность по отношению к тете, неряшливость. Из данных истории болезни: «тетя не имеет представления о воспитании детей, считает ребенка обузой, и не представляет, как мальчик его возраста должен себя вести. С детства был неряшливым, грыз ногти, ручки. Всегда был ленивым, неорганизованным. Почти сразу перестал на занятиях писать в тетради, конспектировать. Писал заметки на отдельных листках бумаги, в портфеле всегда

был бардак. Запирается у себя в комнате. С 7 класса стала снижаться успеваемость. После занятий не стремится идти домой, катается на автобусе по городу, "чтобы получить новые впечатления". Стал уходить в лес кататься на лыжах, может провести там весь день, замерзнуть, при этом берет с собой "на всякий случай" рюкзак с большим количеством книг, чтобы было что почитать". Рисует странные стереотипные рисунки со схемами маршрутов транспорта, городов, планы. Очень изменился почерк, постоянно составляет нелепые расписания, записывает их на бумаге. Поздно ложится, утром встает с трудом. Постоянно конфликтует с родственниками, проявляет вербальную агрессию в их адрес, нецензурно ругается. Со слов тети, не моет руки, если его не заставить, из-за того, что ему "лень", не завязывает шнурки. Эмоционально холоден по отношению к тете и бабушке. Сам мальчик жалуется на плохие отношения с родственниками, трудности в общении со сверстниками, страхи по этому поводу. Не любит учиться по школьной программе, делать уроки, самостоятельно изучает математику, посещает кружок, участвует в олимпиадах, по-прежнему интересуется точными науками. В семье напряженная обстановка, часто возникают конфликты с тетей, бабушкой. Тетя тревожная, склонна преувеличивать, часто высказывает мальчику свои опасения, что он болен шизофренией, как и его мать, чем провоцирует его раздражительность, усиливает стремление надолго уходить из дома».

#### Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирован полностью верно, контакту доступен, беседу поддерживает. На вопросы отвечает охотно. Настроение на момент осмотра не снижено. Тревогу отрицает. Старается произвести хорошее впечатление. Несколько раздражается, когда приходится отвечать на вопросы по поводу гигиены, говорит, «зачем убираться, если в доме все равно будет грязно, будет вонять тухлой едой». По поводу того, что взял с собой на консультацию много книг, сообщает, что «собирался читать их в дороге, должен быть выбор, что почитать». Уходы на несколько часов из дома, катание на лыжах объясняет нежеланием находиться дома, описывает у себя явление «сенсорной жажды», стремление к получению новых впечатлений. По поводу рисунков говорит, что сам их придумывает.

#### Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача № 24

Больная Б., 15 лет

Анамнез жизни: наследственность психопатологически формально не отягощена, родилась от 2 беременностей (1 беременность замершая), первых затяжных родов, осложненных родовой травмой, обвитием пуповиной, масса при рождении 3009 г, длина 53 см. Есть 2 сестры 13 и 10 лет. Раннее развитие без задержки, ходить начала в 10 мес, фразовая речь с 1,5 лет. Прививки по возрасту, без осложнений, медотвод с 4 лет (бронхиальная астма). ДДУ посещала с 2 лет, адаптировалась хорошо. В школу пошла с 5 лет 9 мес, успевала хорошо. Перенесенные заболевания: краснуха в детском возрасте, ОРЗ, бронхиты. Сопутствующие: бронхиальная астма с детского возраста, до 13 лет получала специфическую гормональную терапию, затем самостоятельно отменили терапию, приступы не повторялись. Судороги, обмороки ЧМТ отрицает. Операций, переломов не было. Проживает с родителями, двумя младшими сестрами и бабушкой, делит комнату с сестрами. Гинекологический анамнез: мenses с 11 лет, цикл регулярный, безболезненный. Половую жизнь, беременности отрицает. Вредные привычки отрицает.

Анамнез заболевания: впервые изменения в психическом состоянии начались в возрасте 7 лет, когда «видела» себя как будто со стороны, находясь в теле, которое сверху, смотрела на «себя, которая снизу», данный эпизод длился около 3 суток. Подобные состояния позже повторялись редко, были различными по длительности и интенсивности. Спустя 2 года девочка научилась контролировать возникновение этих переживаний, вызывать и погружаться в них перед предстоящими эмоционально значимыми событиями, с целью избежать эмоционального напряжения. Также отмечает, что стала слышать в голове какие-то шумы, ноты, а 3-4 года назад появились голоса, которые ранее расценивала как плод воображения, фантазию, но не могла контролировать их появление, суть диалогов было не разобрать, наблюдались на протяжении всего дня, различной "плотности" и громкости. Отмечает, что раньше голоса были снаружи, а затем внутри головы. С 13 лет данные переживания стали отмечаться ежедневно, постоянно, обращались к ней, «обсуждали» и «осуждали» различные принятые девочкой решения, девочка пыталась записывать, что они говорят, при этом отмечает, что в услышанных голосах было много грубых нецензурных выражений. Полтора года назад нарушился сон, в течение дня отмечала наличие «бардака в голове», «куча мыслей, не разобрать, что к чему», стала беспокоить тревога. По ночам, когда не спала, писала прозу, стихи. С 12 лет начала самостоятельно, бесконтрольно принимать флуоксетин в различных дозировках, держала это в секрете от матери, мать нашла упаковку с препаратом только через 2 года, однако, о длительности приема девочка ей не сообщила. Также полтора года назад появились проблемы с пищевым поведением, ограничивала себя в еде, с ее слов, вес

снизился на 15 кг, со слов матери потеряла около 5 кг, (изначальный вес около 60 кг), на 2,5 месяца прекращался менструальный цикл, позже вес восстановился, цикл последние полгода нерегулярный, по 4 дня через 28. В настоящее время проблемы с питанием сохраняют актуальность, может не есть 2-3 дня, затем снова питается нормально, со слов, «пытается договориться со своим организмом, дать ему понять, что они дружат», периодически возникает рвота, со слов, произвольно, последний раз около 1,5 мес назад. В течение последнего года не взвешивается, так как «боится узнать вес», старается не рассматривать себя в зеркале. Стала полтора года назад эмоционально лабильна, плаксива, устраивала истерики, «чтобы было так, как я хочу», стала наносить самоповреждения, со слов, когда стали появляться новые «галлюцинации», наносит их лезвием, осколком стекла, с целью уменьшить эмоциональные переживания, суицидные намерения отрицает. В 14 лет нанесла несколько более глубоких самоповреждений на кожу обоих предплечий, чем вызвала опасения матери. С 13 лет стала отмечать, что при разговоре с человеком, особенно при нахождении в плохо освещенном помещении или

при общении на эмоционально значимые темы, его лицо начинало меняться, причем женское лицо могло стать мужским, а мужское женским. Около 2 лет назад девочка описывает случай «управления» ею другим человеком, когда подруга, со слов, склонная к манипулированию людьми, написала что-то на листке бумаги, а затем сказала ей «смотри на меня и ни о чем не думай». Спустя несколько минут девочка встала и сказала, что хочет пить, после чего подруга показала ей, что на бумаге написано именно то, что она сделала. Считает себя человеком внушаемым, легко поддаваемым психологическому воздействию со стороны других людей, в то же время отмечает, что сама «тянется к таким людям». Взаимоотношения со сверстниками описывает как доброжелательные, занимает в классе значимое место, к ней часто обращаются за советом, в последнее время девочка стала тяготиться этим фактом, год назад сказала отцу, что собирается перейти в другую школу, где ее никто не знает, и ни с кем там не будет общаться. Тогда же (год назад) обратились частным образом к психиатру, назначены ЭЭГ, МРТ. На ЭЭГ выявлены условно эпилептиформные явления в левой височной области, продолженная медленноволновая активность с акцентом в теменно-затылочных областях. МРТ без патологии.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, в беседе доброжелательна, охотно поддерживает разговор и рассказывает о своих переживаниях, акцентирует внимание на собственной внушаемости, склонности быть подверженной манипулятивному влиянию со стороны других людей. Сообщает о наличии тревоги, снижении памяти в последнее время. Отмечает недовольство внешним видом, считает себя некрасивой, толстой. Говорит, что в голове «бардак из голосов, которые иногда шепчут, иногда кричат, обсуждают», «путаницу мыслей». Со слов, голоса "идут фоном", "живут отдельно", возникают постоянно, стали в течение последнего месяца несколько тише.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности..



## Задача № 25

Больной И., 14 лет

Жалобы: На тикозные движения: подергивание век, шмыгание, покашливания, а также головные боли.

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена шизофренией у сестры деда по линии матери, лечилась в ПБ, алкоголизмом у прабабушки по линии матери. Родился от 8 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, 2 срочных родов в возрасте матери 35 лет. Масса при рождении 3600, длина 52 см. Раннее развитие по возрасту. Прививки по возрасту, после прививки против паротита отмечался постпрививочный паротит. ДДУ посещал, адаптировался с трудом. В школе с 7 лет, учится неравномерно. Аллергоанамнез: аллергия в виде сыпи на антибиотики пенициллинового ряда. Судороги, обмороки, ЧМТ отрицает. Переломов не было. Операции: герниопластика пупочной грыжи в мае 2015 г. Сопутствующие: подвывих шейного позвонка, хронический гастродуоденит. Проживает с родителями. Матери 46 лет, образование высшее экономическое. Отцу 51 год, образование незаконченное высшее, механик. Вредные привычки отрицает.

Анамнез заболевания:

С 6 лет появились тики в виде подергивания век, позже присоединилось шмыганье носом, в последнее время отмечаются преимущественно шмыгания и причмокивания. Стал более раздражительным. Также отмечаются трудности со сном, ворочается в постели, подолгу не может уснуть. МРТ: признаки ретроцереbellарной кисты (27\*12\*7), неравномерность субарахноидальных конвекситальных пространств. По заключению невролога: шейно-грудная миофибралгия. Был консультирован неврологом. По месту жительства был назначен амитриптилин, на фоне чего клиническая картина усугубилась, усилились тики (покашливания) со слов матери, по случаю чего получал дезинтоксикационную терапию, феназепам. На фоне капельницы с феназепамом отмечалась неадекватная эмоциональная реакция, психомоторное возбуждение, смеялся, плакал, говорил "хочу гулять". Сам пациент этот эпизод амнезировал.

ЭЭГ:

Стойкие диффузные нарушения БЭА коры головного мозга, указывающие на дезорганизованный характер корковой активности с преобладанием медленноволновой дизритмии, нерегулярностью дезорганизованной альфа-активности в задних отделах коры с сглаженностью амплитудной модуляции альфа-ритма. Без стойких локальных нарушений активности. На фоне ГВ сохраняется медленноволновая дизритмия активности с эпизодически большей дисфункцией в корково-подкорковых отделах правой лобной, центральной, височных областей. Без пароксизмальных нарушений активности.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирован всесторонне верно, контакту доступен, приветлив, стеснителен, беседу поддерживает охотно, на вопросы отвечает по существу. Настроение не снижено, несколько переменчивое в течение дня. В беседе покашливает. Жалуется на эпизодические головные боли, беспокойство. Иногда беспокоит раздражительность при отсутствии внешних факторов. В беседе раздражительным, тревожным напряженным не представляется. Отмечает усиление проявлений при попытке сдерживать тики и при наличии стрессовой ситуации.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.

3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

## Задача № 26

Больная В., 14 лет

Жалобы: На раздражительность, физическую агрессию в адрес родственников, может пнуть стул, разбить зеркало, толкнуть мать, частые перепады настроения, постоянное «кручение в голове» различных слов.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически явно не отягощена. Родилась от 2 беременности (1 беременность- выкидыш), 1 срочных родов путем операции кесарева сечения в связи со слабостью родовой деятельности в возрасте матери 41 год. Есть старший сводный брат по линии отца 41 год. Закричала сразу. Масса при рождении 3100, длина 52. Раннее развитие по возрасту, прививки по возрасту, без осложнений. Со слов матери, была выполнена дополнительная прививка от полиомиелита, причину не уточняет. ДДУ не посещала по рекомендациям педиатра, занималась на дому с матерью, со сверстниками не общалась. Читает с 3,5 лет. В школу пошла в 6 лет 11 мес, успевала хорошо. Адаптировалась плохо, не находила общего языка с одноклассниками, была "белой вороной", предметом насмешек, часто плакала. В 5 классе перешла в другой класс. Сейчас учится в 8 классе с углубленным изучением французского языка, друзья есть, успевает хорошо. Девочка проживает с родителями. Есть своя комната. Детские инфекции, травмы, ЧМТ, судороги, обмороки, операции отрицает. Перенесенные заболевания: лямблиоз, дискинезия кишечника, перегиб желчного пузыря, ДЖВП с явлениями холестаза, обменная нефропатия, острый вульвит, ОРВИ, левосторонний грудопоясничный сколиоз позвоночника, ювенильный остеохондроз, липома области спины, острый гайморит. Расщепленный тип строения ЧЛС левой почки. Аллергоанамнез: аллергия в виде сыпи, отека квинке на антибиотики пенициллинового ряда, в частности флемоксин солютаб. Гинекологический анамнез: менструальный цикл отсутствует, половую жизнь отрицает.

Анамнез заболевания:

С начальных классов школы отмечались проблемы в общении со сверстниками. В возрасте 6 лет отмечались подергивания плеча, нарушения сна. Невролог ставил невроз навязчивых состояний. Со слов матери, частые обиды стали перерастать в злобу и раздражительность, желание причинить вред себе и окружающим, которые усилились к 4 классу. Обращались к неврологу, получала глицин, магне В6, тенотен, пантогам, диагностировался церебрастенический, астеноневротический синдром. Ноотропная терапия с некоторой положительной динамикой на короткий промежуток времени. Позже обращалась в кризисный центр, в клинику неврозов. Была обследована психологом (нарушения семейных отношений), неврологом в 9 лет по поводу эмоциональной возбудимости, раздражительности, агрессивности, навязчивых действий (дотрагивалась до нижней поверхности блюда, когда пила чай, "чтобы почувствовать холод", проводила рукой по столу после того, как к ней прикоснулась мать). После перехода в другой класс, со слов матери, стала более самостоятельной, но конфликты со сверстниками сохраняли актуальность. Мать во время конфликтов с дочерью "шлепала ей по губам", что усиливало ее гнев. Девочка могла ударить по дверце шкафа и разбить при этом стекло. Периодически беспокоила тревога, часто мыла руки, испытывала страх загрязнения. В 11 лет родители самостоятельно обратились за помощью в стационар детской психиатрической больницы, девочка находилась там на лечении в течении 4 месяцев. После выписки, со слов матери, обратились к психиатру-гомеопату, получала гомеопатические препараты. Через полгода симптоматика возобновилась, по скорой была госпитализирована в детскую психиатрическую больницу. После выписки стало сложнее учиться, отмечает повышенную утомляемость. Мать характеризует девочку как гиперчувствительную, "жалостливую", отмечает, что "у нее высохли слезы, так как в детстве дразнили плаксой".

На фоне терапии периодически возникают эпизоды раздражительности, однако девочка отмечает, что "внутри стало гораздо спокойнее". Сохраняют актуальность мысли "навязчивого" характера до 2 раз в сутки негативного содержания - "гадости", "что-то противное, пошлое". Испытывает периодический дискомфорт, когда мать прикасается к ней, "т.к. у нее мокрые руки". В прошлом отмечает склонность к уединению, нежелание что-либо делать. В настоящее время данных явлений не отмечает. 2 года назад отмечалось ухудшение состояния: разбила зеркало в доме, бьет себя по голове кулаками, из-за того, что мешают мысли. Часто напряжена, сообщает, что не может идти дальше, если нужно что-то сказать, недовольна тем, что говорит "медленно и долго", называет себя слабой, винит себя в этом. Говорит, что "в голове много гадостей". Испытывает неприятные ощущения от звуков, когда мать, например, вытирает ноги. Начинает кричать, обзывать родителей. Бьет по стулу, хочет разбить духовку. При нахождении в школе, со слов учителей, спокойна, может быть иногда раздражительной по мелочам, в конфликты не вступает. Раздражается, когда мать ее перебивает, говорит "не перебивай, мне опять будет плохо". Отмечаются эпизоды сниженного настроения, плаксивость. Иногда говорит странные фразы "почему нас гадина так ненавидит?", "это они мне все подстроили" (когда что-то не получается, например разливает чай). Когда девочка возвращается из школы, родители уходят из дома на некоторое время, чтобы ей не мешать.

#### Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, беседу поддерживает, сохраняется напряженность, склонность не раскрывать до конца свои переживания, суетливость, стремление произвести хорошее впечатление. Сохраняется актуальность "плохих" мыслей в голове, дискомфорт при их появлении, старается их прогнать. Сообщает, что это "обычные слова", но слышать их или читать неприятно, возникает напряжение, раздражение. По поводу странных фраз, которые слышат от нее родители, поясняет, что "это все обиды на одноклассников". Внешне тревожна.

#### Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 27

Больная Г., 16 лет

Жалобы: На сниженное настроение, "пустоту" в голове, путаницу мыслей, мысли навязчивого характера о нанесении самоповреждений, сужение круга общения, бессонницу.

Анамнез жизни:

Наследственность отягощена завершённым суицидом деда по линии матери. Суицид совершен в алкогольном опьянении. Родилась от 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов, протекавших без особенностей. Закричала сразу. Масса при рождении 3050 г, длина 52 см. Прививки по возрасту, без осложнений, по индивидуальному плану в связи с сахарным диабетом (с 2 лет). Раннее развитие по возрасту. ДДУ не посещала, воспитывалась родственниками. В школу пошла в 6,5 лет, успевала хорошо. Закончила 9 классов. Поступила в ВУЗ сейчас учится на 2 курсе. Судороги, обмороки, ЧМТ отрицает. Проживает с матерью, отчимом и младшей сестрой 7 лет. Отец живет отдельно с 5 летнего возраста девочки, общение не поддерживают. Вредные привычки: курит с 15 лет. Употребление алкоголя, ПАВ отрицает. Гинекологический анамнез: *mensis* с 12 лет, регулярные, безболезненные. Половую жизнь отрицает.

Анамнез заболевания:

Состояние изменилось около 3 лет назад, со слов девочки, после завершённого суицида лучшего друга. Снизилось настроение, пропало желание что-либо делать, стала залеживаться в постели, появились мысли о собственной ненужности, неполноценности, виновности в смерти друга. С 14 лет стала наносить лезвием поверхностные повреждения на кожу левого плеча, с 15 лет на запястья, бедра, живот, не чувствуя при этом боли, суицидные намерения при этом отрицает, последние порезы нанесла себе около 2 недель назад, при этом заклеивала след от пореза повязкой, скрывая его от матери. Стала читать книги о переживаниях людей, совершивших суицидные попытки. Стали беспокоить мысли о смерти, целенаправленных попыток не предпринимала. Рассуждает на эту тему, что "нужно дожить до 20 лет, закончить учебу, а потом неизвестно". Около года назад нарушился сон, спит по 2-3 часа ночью, читает, смотрит фильмы. Также отмечается плохое настроение, раздражительность в адрес родственников, тревога. Общение со сверстниками в колледже поддерживает, однако близких друзей нет. В отношении близких стала безразличной, обособленной, появилась склонность к уединению. Изменилось восприятие окружающего мира: все стало "серым", "менее объемным". Дважды слышала "оклики" по имени, появились проблемы с памятью. В течение последних двух недель обращалась к психологу, психотерапевту, была рекомендована консультация психиатра. Со слов матери, всегда имела склонность манипулировать другими людьми, была неосторожна в обращении с дорогими вещами. Перед госпитализацией удалила информацию из своего ноутбука, который мать планировала использовать для работы, оставив лишь фото, на которых изображены ее порезы. Со слов матери, всегда наносила их на "видное место" и "выжидала" реакцию". Также оставила в ноутбуке, переписку с подругой, в которой нелестно отзывалась о своей семье, высказывалась о том, что "стоит ей нанести порезы и она добьётся всего, чего хочет", а также стремление госпитализироваться с целью показать матери серьезность проблемы и желание принимать специфическую терапию. Также, со слов матери, после того, как девочке стало известно о необходимости консультации психотерапевта, в переписке с подругой она высказала опасения, что "ее запалют", позже, когда консультация отменилась, и девочку направили к другому психологу, самостоятельно перенесла встречу на день позже и нанесла самоповреждения. Сама девочка наличие фотографий и переписки подобного рода категорически отрицает. Также сообщает, что с 14 лет

появилось желание стать психиатром, изучала различные диагнозы в социальных сетях, однако стремления и желания читать специализированную литературу не отмечает.

#### Обследование психолога:

Продуктивному контакту доступна, в поведении адекватна, упорядочена. Отношение к обследованию формальное, результатами не интересуется. Темп речи, ассоциации, психомоторные реакции в пределах нормы. Фон настроения снижен, однако в ходе беседы на лице довольно часто мелькает улыбка, которую испытываемая тут же прячет. В беседу вступает неохотно, на вопросы отвечает преимущественно односложно, непоследовательна, амбивалентна. Переживаний до конца не раскрывает, помощи не ищет. Держится несколько отстраненно с оттенком демонстративного пренебрежения к происходящему. На момент исследования предъявляет жалобы на непреодолимое желание наносить себе самоповреждения (охотно демонстрирует множество поверхностных порезов на плече), мысли о суициде, которые «постоянно идут фоном», бессонницу, пустоту в голове, путаницу мыслей. Со слов, пытаюсь самостоятельно поставить себе диагноз, читала специализированную литературу в интернете и пришла к выводу, что у неё «глубокая депрессия». Причины плохого настроения объяснить затрудняется. На уточняющие вопросы экспериментатора с целью объективизировать жалобы, дает довольно противоречивые невнятные ответы, в связи с чем, создается впечатление о неискренности испытываемой. На вопросы о взаимоотношениях в семье (проживает с матерью, отчимом и младшей сестрой) дает формальные ответы, старается обесценить значимость для неё отношений с матерью. В то же время соглашается с мыслью, что если бы не было отчима и младшей сестры, ей было бы лучше. В сфере мышления доступны все операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование). Объективная психометрическая оценка структуры личности недоступна: при исследовании личностных особенностей отмечается выраженная тенденция к неискренности ответов (по данным оценочных шкал и наблюдения), влияние установочных тенденций и попытку подтвердить у себя наличие депрессивных переживаний, что не согласуется с данными разностороннего наблюдения и психобиографического анализа. В ходе исследования на первый план выступают отчетливые признаки установочных тенденций по типу аггравации.

#### Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована полностью верно, контакту доступна, беседу поддерживает, на вопросы отвечает коротко. Настроение внешне снижено, тревожна. Эмоционально сглажена. Эпизодически на лице появляется улыбка, не конгруэнтная контексту беседы. Говорит, что стала испытывать меньше эмоций по отношению к людям, пропало желание с кем-либо общаться, отмечает некоторое ухудшение памяти. Сообщает о наличии периодической "пустоты" в голове, путаницы, "обрывов" мыслей, трудностей усвоения информации. При нахождении на улице и в транспорте испытывает дискомфорт, даже если рядом никого нет, хочется вернуться домой. Описывает эпизоды возникновения "чужих" мыслей в голове, когда высказывала то, о чем только что подумала ее подруга. Активно рассказывает о нанесении ею порезов, демонстрирует сформировавшиеся шрамы. Отмечает эпизодически озвученность собственных мыслей. Рассказывает, как на улице показалось, что рядом бежит маленькая девочка, ночью в темноте показалась тень женщины с ребенком, после того, как включила свет, тень оказалась одеялом.

#### Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 28

Больная И., 15 лет

Жалобы: На страх подавиться, затруднения при глотании твердой пищей, постоянные мысли по этому поводу, снижение веса на 4,5 кг, раздражительность, снижение настроения.

Анамнез жизни:

Девочка из неполной семьи, родители развелись, когда ребенку был 1 год. Отец злоупотреблял алкоголем, неоднократно лечился в ПБ. Отношения с отцом не поддерживаются. Есть сестра-близнец и бабушка, проживающая отдельно. Отношения с сестрой характеризует как «нормальные». Родилась от 1 беременности, мать в 33 недели находилась на сохранении. Роды на 2 недели раньше срока, двойней. Первая из двойни. Масса при рождении 2300 г, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На первом году жизни наблюдалась неврологом с диагнозом перинатальное поражение ЦНС, кривошея, синдром гипервозбудимости. Психомоторное развитие по возрасту, в связи с нарушением речи посещала занятия с логопедом в детской поликлинике. Прививки по возрасту, без осложнений, Часто болела ОРВИ, перенесенные заболевания: отит, этмоидит, аденоиды I ст. Эпизодически отмечается снижение аппетита: ест, потому что надо. Наблюдается офтальмологом по поводу миопии средней степени обоих глаз. Судороги, обмороки, ЧМТ отрицает. Операций, переломов не было. Аллергоанамнез: в детском возрасте пищевая аллергия в виде сыпи на говядину, вишню, на лекарственные препараты аллергии не было. С детства замкнутая, малообщительная. ДДУ посещала с 3 лет, в школу пошла с 6 лет 10мес. С первого класса обучается в школе с углубленным изучением английского языка, учится на «отлично». К учебе относится очень ответственно, переживает за оценки, особенно за четверки. Принимает активное участие в школьных олимпиадах и конкурсах, является победителем и призером многих мероприятий. В свободное время пишет стихи, прозу, увлекается чтением художественной литературы (мистика, детективы). В школе ощущает по отношению к себе предвзятое и негативное отношение со стороны учителей, особенно классного руководителя, однако данный факт преподавателями школы не подтверждается. Со слов матери, классный руководитель "не любит отличников, говорит, что у них в жизни ничего не получится, что они становятся бомжами, спиваются", стремится рассадить их за разные парты, распределить в разные подгруппы по английскому языку. В отношениях с одноклассниками дружелюбна, но малообщительна, в основном общается со своей сестрой-близнецом. Есть 1 общая подруга. По характеру, девочка более закрытая, чем сестра-близнец, "держит все переживания в себе", очень ответственная, исполнительная, тревожится по поводу учебы. Гинекологический анамнез: менструальный цикл с 11 лет, месячные регулярные, безболезненные. Половую жизнь, беременности отрицает. Проживает с матерью и сестрой.

Анамнез заболевания:

Год назад внезапно появилось ощущение затруднения при глотании твердой пищи, страх подавиться, когда обедала за столом с сестрой, начала кашлять, давиться, появился "комочек в горле", ощущение, что "пища идет по краям, а потом выходит обратно". С этого времени перестала есть твердую пищу, ест только пюреобразную (мать прокручивает в блендере овощи, мясо, курицу), гороховый суп-пюре. За указанный срок похудела на 4,5 кг (исходный вес 47,5 кг, при осмотре весит 43 кг), менструальный цикл не нарушался. Со слов девочки, ранее несколько раз испытывала ощущение, что «пища стоит в горле», но страха подавиться пищей не испытывала. Отмечает, что ела всегда медленно, подолгу пережевывая пищу. Снизилось настроение, стала раздражительной. После начала расстройства однажды поперхнулась кусочком плавленого сыра, в результате чего исключила его из своего рациона. Со слов матери, за 2 месяца до появления



вышеописанных симптомов была психотравмирующая ситуация в школе, когда работу девочки не взяли для участия в конкурсе, после чего отмечалось выраженное снижение настроения, плаксивость, снижение аппетита. В сопровождении матери стала посещать различных врачей-специалистов в поисках анатомической патологии, согласилась даже на ФГДС под наркозом. (заключение ФГДС: явления гастродуоденита, дуоденогастральный рефлюкс). Проведено обследование: УЗИ щитовидной железы: Rg-графия пищевода и 12-перстной кишки, осмотрена гастроэнтерологом – патологии не выявлено. Была проконсультирована неврологом, назначено лечение. Но на фоне прием препаратов стали беспокоить мысли о прошлом, что "сделала что-то не так". Через месяц присоединилась "ничем не обусловленная" тревога. Обратились к психиатру.

Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована полностью верно, контакту доступна. Ответы на вопросы дает полные, речь несколько монотонная. Настроение снижено. Тревожится за свое состояние, обеспокоена необходимостью стационарного лечения. Мимика вялая, не выразительная. Предъявляет жалобы на страх подавиться пищей. Вспоминает, что в прошлом году показалось, что "чуть-чуть подавилась, а потом еще больше, было ощущение, что в горле что-то застряло". Сейчас, помимо страха подавиться, сообщает, что "не получается глотать", даже когда пробует. Речь витиеватая. Причину появления страха объяснить не может. Заявляет, что это появилось изнутри внезапно, не связывает появление этого с конфликтными взаимоотношениями с педагогами. Критически свое состояние не оценивает. Испытывает ощущение, что пища "проходит по бокам, и я могу не успеть ее проглотить, и тогда она попадет в дыхательные пути". Также отмечает чувство тошноты после каждого приема пищи. Тяготится состоянием, хочет "снова быть счастливой, есть, как все". Сообщает, что раньше хотелось всего, чего-то нового, а теперь все равно. Отмечает, что "голова постоянно чем-то забита", мыслями о прошлом и будущем, мысли о страхе подавиться. Часто перечитывает абзацы в книге, "вчитывается", бывает трудно понять смысл прочитанного. Страх подавиться описывает, как картинки, которые представляет в голове: "как будто в горле что-то находится, например орех целиком или то, чем я могла бы подавиться", от подобных представлений не может избавиться в течение всего дня, они вновь и вновь появляются.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

## Задача № 29

Больная Е., 17 лет

Жалобы: На страх насекомых, навязчивые мысли о том, что по телу и в одежде кто-то может ползать.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от 2 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, токсикоза, вторых преждевременных родов на сроке 32 недели, осложненных родовой травмой. Масса при рождении 2370, длина 45 см. Наблюдалась неврологом с детства в связи с головными болями, получала лечение, массаж. ДДУ посещала с 2 лет, адаптировалась хорошо. В школу пошла в 7,5 лет, училась в гимназии, успевала хорошо до 7 класса. После смены школы 3 года назад в связи с переездом, адаптировалась хорошо, несколько сузился круг общения. Появился молодой человек. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, корь, ангины. Сопутствующие: врожденный порок сердца (открытое овальное окно), аритмия. Судороги, обмороки, ЧМТ отрицает. Операций, переломов не было. Гинекологический анамнез: мenses с 14 лет, регулярные, безболезненные, половая жизнь с 17 лет, предохраняется оральными контрацептивами, беременности отрицает. Есть старшая сестра 26 лет и младшая сестра 10 лет. Проживает с родителями и сестрами, есть своя комната.

Анамнез заболевания:

Всегда была впечатлительной. Со слов отца, тревожного по натуре, в семье отмечались конфликтные ситуации, которые могли повлиять на изменение состояния девочки. Состояние изменилось около 4 лет назад, когда появился страх «паркетных жучков», которые завелись в полу и часто выползали по стене рядом с кроватью девочки. Стали беспокоить мысли навязчивого характера о том, что они могут находиться в постельном белье, одежде, заползать по коже в различные отверстия (уши, нос). Стала закутываться с головой в простыню, когда ложилась спать или находилась в кровати. Наблюдалась неврологом с детства в связи с головными болями, получала противоорганическую терапию, массаж. Часто находилась на лечении в стационаре. В 12 лет в одну из таких госпитализаций была осмотрена психологом в связи с появлением фобической симптоматики. К терапии добавлен грандаксин, фенибут, на фоне чего состояние ухудшилось, усилились мысли навязчивого характера, стала бояться не только «паркетных жучков», но и многих других насекомых, часто мыла руки, эпизодически «трясло», «ехала крыша». Снизилась успеваемость, стало сложнее учиться, после отмены грандаксина успеваемость выровнялась. Позже занималась с психологом, психотерапевтом, посетила 4 занятия с положительной динамикой, со слов матери, «хотя бы перестала бояться всех остальных насекомых, остался страх только тех жучков», но больная продолжала постоянно отряхивать поверхность дивана, перед тем, как на него сесть, вытряхивать одежду, долго мылась, не садилась на деревянные поверхности. Когда в квартире меняли пол, обнаружили «червячков», которые, со слов матери, «как нарочно лезли к девочке в постель, и даже летом насекомые, прилетавшие через окно с улицы, также оказывались в ее кровати». Появились трудности запоминания материала. Год назад в состоянии наметилась отрицательная динамика, страхи стали более выраженными: чаще мыла руки, проверяла одежду и предметы интерьера самостоятельно, так же просила мать «посмотреть, нет ли там чего-то ползающего». Сообщала, что «чувствует», как кто-то ползает по ногам и спине, испытывала навязчивое желание «проверить, насекомое ли это», усилилась тревожность, появились трудности засыпания: «перед сном много думала, не заползет ли кто-то в постель». Во время путешествия за границу принимала препарат, купленный там, стало лучше на короткое время, пока продолжала его прием. Во время встреч с молодым человеком сдерживает себя, не показывает ему своего напряжения.

#### Психический статус при поступлении:

Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, доброжелательна, беседу поддерживает, охотно рассказывает о своих переживаниях, тяготится ими, ищет помощи. Настроение не снижено. На момент осмотра тревогу отрицает. Фиксирована на переживаниях, страхах и мыслях о том, что по телу могут ползать «эти жучки». Отмечает, что эти мысли мешают запоминать школьный материал, часто пугается своих мыслей «вдруг по мне кто-то ползает», хотя и понимает их нелепость. Тяготится тем, что выполняет определенные действия: вытряхивает белье, одежду, часто моет руки. Отмечает трудности засыпания, связанные с мыслями «о жуках», некоторую раздражительность в утренние часы.

#### Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

### Задача № 30

Больной А., 17 лет

Жалобы:

На постоянную ходьбу «туда-сюда», приступы "дрожания" с закатыванием глаз, во время которых не реагирует на обращенную речь, длительностью от нескольких минут до нескольких часов, после чего наступает непроизвольное мочеиспускание, отмечается "заикание", смазанная речь, со слов матери несколько раз после приступа отмечались падения без потери сознания.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически формально не отягощена. Родился от 10 беременности, протекавшей на фоне отеков, токсикоза первой половины, ОРЗ на 38 неделе, эмоциональных стрессов, хронической внутриутробной гипоксии плода, многоводия, 2 родов в срок, перед родами мать упала на льду, был длительный безводный период (20ч), роды самостоятельные. Масса при рождении 3910, длина 53 см. Оценка шкале Апгар 7-8 баллов. В 2 мес поставлен диагноз: перинатальное поражение ЦНС. Синдром двигательных нарушений. Гемангиома в области лба. Внутриутробное инфицирование. В 3 мес осмотрен неврологом, диагноз: натальная травма шейного отдела позвоночника гипоксически-травматического генеза. Раннее развитие с задержкой, прививки по возрасту, постпрививочный период без осложнений. ДДУ посещал с 3 лет, адаптировался хорошо. В 5 лет был представлен на медико-психологическую комиссию, выставлен диагноз: Грубая задержка психического развития на фоне резидуальной органической патологии ЦНС. Стертая дизартрия. Занимался с логопедом, психологом. Программу усваивал плохо. Отмечались нарушения поведения. С 8 лет обучался по коррекционной программе. В связи со слабой успеваемостью дублировал 7 класс. Закончил 9 классов по коррекционной программе. Далее нигде не учился. Большую часть времени проводил дома, ни с кем не общался. Был бездеятелен, пассивен. Друзей не имел. С девушками не встречался. Есть старший брат 19 лет. Проживает вдвоем с матерью, старший брат живет отдельно, мать с отцом в браке не состояла, отец уехал из семьи почти сразу после рождения мальчика, общения с ним не поддерживает. Операции: прокол гайморовых пазух под местной анестезией. Травмы: неоднократные ЧМТ, последняя травма головы в 15 лет. Вредные привычки: эпизодически употребляет алкогольные напитки, в 12 лет активно употреблял курительные смеси («спайсы»).

Анамнез заболевания:

Со слов матери, в 12 лет после травмы головы с потерей сознания (во время драки ударился о батарею), мальчик резко изменился: появилась постоянная, повторяющаяся ходьба взад-вперед, приступы, когда мальчика «трясло», поначалу длительностью до 10 минут, в последнее время состояние может длиться в течение всего дня, заканчивается непроизвольным мочеиспусканием, после приступа "заикается", речь смазана. Изменился почерк. Во время приступа на обращенную речь, со слов матери, не реагирует, в первое время (в 12 лет) опускался вниз подбородок. Отмечаются закатывания глаз во время приступа. Эпизодически жалуется на то, что "отнимаются ноги". Состоит на учете у психиатра с 2 лет. Неоднократно находился на стационарном лечении. Мать после выписки поддерживающую терапию не проводила. После этой травмы было еще несколько ЧМТ после драк, часть из них получена в состоянии алкогольного опьянения. Школу посещал редко. В 13 лет находился на стационарном лечении в отделении детской нейрохирургии. В 15 лет, после того, как его избили в подъезде, со слов матери, симптоматика усугубилась. При амбулаторном осмотре неврологом, педиатром, психиатром описываются приступы в виде непрерывного кивания головой, замирания, закатывание глаз, непроизвольное «сжимание» зубов, после чего куда-то уходит, иногда

пропадает речь, отмечается многократное повторение одних и тех же слов. Отмечались подергивания мимической мускулатуры, высовывание языка, сведение глаз к переносице. В последнее время, со слов матери, почти весь день лежит в постели, периодически возникает дрожь, ближе к ночи встает, чтобы поесть.

Обследование:

ЭЭГ: на протяжении всей записи регистрируется большое количество неустраняемых артефактов (миограмма, моргание). Регистрируются диффузные нарушения БЭА головного мозга средней степени выраженности, свидетельствующие о дисфункции стволовых структур с нарушением активации коры. Выявляются негрубые, преходящие локальные нарушения активности в глубоких отделах правого полушария с акцентом в лобно-височной области и заинтересованностью ствола мозга на дизэнцефальном уровне. Отчетливых пароксизмальных, в том числе эпилептиформных нарушений активности не регистрируется.

Заключение психолога: (возраст 15 лет): интеллектуальная деятельность испытуемого определилась на уровне IQ=62.

Психический статус при поступлении:

Считает себя здоровым, в то же время просит полечить "новыми" таблетками. На лице периодически неадекватная улыбка. Благодушен. Заданные вопросы осмысливает не сразу. Словарный запас беден. Переносный смысл пословиц объяснить не может.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

### Задача № 31

Больная М., 13 лет

Жалобы: На затрудненный вдох, шумное хриплое дыхание, мысли тревожного характера о том, что "состояние не изменится", снижение эмоционального фона.

Анамнез жизни:

Наследственность психопатологически формально не отягощена. Родилась от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии, нормально протекавших первых срочных родов. Масса при рождении 2990, длина 49 см. Раннее развитие по возрасту. Прививки по возрасту, без осложнений. ДДУ посещала с 1г 2мес, адаптировалась хорошо. Детские инфекции: ветряная оспа. Перенесенные заболевания: ОРЗ, о.бронхит, о. ларингит. Хронические заболевания отрицает. Судороги, ЧМТ отрицает. В младших классах отмечалось дважды обморочное состояние на фоне утомления. В школу пошла в 7 лет, успевала хорошо. Последние 2 месяца по состоянию здоровья находится на домашнем обучении. Увлекается рисованием, последние 3 года посещает художественную школу. Вредные привычки отрицает. Проживает с матерью, отчимом, младшей сестрой 2 лет и сестрами-близнецами 4 мес. Отчим проживает в семье с 5 летнего возраста девочки. Родной отец проживает в другой семье, общение поддерживают формально. Матери 33 года, образование среднее профессиональное, швея, работает на дому. Отцу 33 года. Отчиму 33 года, машинист экскаватора. Бабушка пациентки проживает отдельно.

Анамнез заболевания:

Со слов бабушки, всегда была чувствительным, ранимым ребенком. 3 месяца назад девочка стала по собственной инициативе заметно меньше общаться с компанией друзей в классе, из-за чего снизилось настроение. Сама объясняет свое решение тем, что "у них разные интересы, они обсуждают взрослые темы, а я не могу их поддержать и мне это не интересно". Также примерно в это же время переболела ларингитом с потерей голоса. После психотравмирующей ситуации в школе (увидела, как на перемене мальчик упал, ударившись об стену головой, и некоторое время лежал неподвижно) стала испытывать затруднения дыхания, усиливающиеся при физической нагрузке (подъеме по лестнице, беге) и шумные вдохи, не сопровождающиеся признаками дыхательной недостаточности. В школе учителя вызвали скорую, и девочка была доставлена в детское отделение больницы, где получала ингаляции, затем была переведена в другую больницу, где практически сразу госпитализирована в реанимационное отделение ввиду того, что, со слов бабушки "лор-врач не смогла ее осмотреть должным образом, затем ей ввели какое-то успокоительное (наркоз?), и девочка уснула". В время ночного сна ритм дыхания восстанавливается, оно становится ровным, перестает быть шумным. Девочка санавиацией была доставлена в ЛОР отделение Детской клинической больницы Санкт-Петербурга, где находилась на лечении в течении 2 недель. По данным КТ головного мозга, шеи, грудной клетки, ФГДЭС, ФБЛС, ФЛС, ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, а также консультаций пульмонолога, кардиолога, невролога, клинического психолога, эндокринолога и психиатра - патологии не выявлено. По заключению офтальмолога: миопия средней степени тяжести. Рекомендован анализ крови на ТТГ, Т4, АТ к ТПО. При фиброринофаринголарингоскопии в динамике отмечается гиперемированная слизистая гортани, в остальном без патологии. По рекомендации врачей соматического стационара обратились к детскому психиатру, проводилось 3 сеанса суггестивной терапии 1 раз в неделю, во время сеансов дыхание восстанавливалось, медикаментозная терапия была отменена, в течение последней недели никаких препаратов не принимает. 2 месяца назад перешла на домашнее обучение, закончила 6 класс. К настоящему времени сохраняется шумное хриплое дыхание на вдохе, тревожные мысли о том, что "останется такой надолго", сниженное настроение. Также обращает на себя внимание обстановка в семье.

Мать после родов в феврале в течение месяца находилась в больнице, девочка помогала отчиму с воспитанием младшей сестры, а затем сестер-близнецов. Сама девочка отмечает, что когда родилась средняя сестра, было ощущение, что эмоции стали менее выраженными, но позже поняла, что "мама любит всех одинаково".

Психический статус:

Сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, доброжелательна. На вопросы отвечает по существу, охотно. Шумно и хрипло дышит на вдохе. При разговоре дыхание несколько выравнивается. На момент осмотра настроение несколько снижено, связывает это с тем, что "бабушка часто на приеме у врачей говорит, что мы уже 2 месяца не можем это вылечить, хочется плакать". Испытывает мысли тревожного содержания, что "я останусь такая надолго". При нахождении на улице отмечает, что "люди косо смотрят, шарахаются от меня". Около месяца назад стала отмечать появление "бардака" в голове с частотой до 2 раз в неделю. Также отмечает, что "стал пропадать юмор".

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности..

## Задача № 32

Больная Д., 17 лет

Жалобы: на постоянные головокружения, головные боли с частотой 4 раза в неделю длительностью до нескольких часов, трудности засыпания, бессонницу, замкнутость, «крутятся» мысли.

Анамнез жизни: наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родилась от 3 беременности, вторых срочных родов, протекавших без особенностей. Есть старшая сестра 26 лет. Масса при рождении 3500, длина 55 см. Раннее развитие по возрасту, прививки по возрасту, без осложнений. ДДУ посещала с 2,5 лет, адаптировалась хорошо. В школу пошла в 8 лет, успевала хорошо, со сверстниками общение поддерживала. Дублировала 9 класс. Сейчас учится в 10 классе по программе индивидуального обучения. Увлекается рисованием, чтением стихов, физикой. Судороги, обмороки, ЧМТ отрицает. Проживает с матерью и отчимом. Мать с отцом в разводе с 7 летнего возраста девочки. Вредные привычки отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 11 лет, есть молодой человек, половую жизнь отрицает.

Анамнез заболевания: в течение последних 2 лет отмечаются головные боли давящего характера в передней части головы различной степени интенсивности и длительности, головокружения. Неоднократно получала противоорганическую терапию без эффекта. В 12 лет появилось недовольство собственной внешностью, потеряла 20 кг веса (изначальный вес 62 кг), прекратился менструальный цикл, стали беспокоить навязчивые мысли о еде, спустя несколько месяцев цикл восстановился, набрала вес, считала, что "все вокруг хорошие, а она плохая", в связи с тяжестью состояния пропускала занятия в школе. В 13 лет сменила школу, перестала посещать занятия. Нарушился сон, могла не спать 2 дня. По ночам травмировала ногти, "выдергивала их". Обратились к психиатру. На фоне назначенной терапии состояние несколько улучшилось: травмировать ногти стала реже, восстановился сон. Головные боли, головокружения сохраняли прежнюю актуальность. В 14 лет находилась на лечении в ПБ. После выписки отменила самостоятельно назначенные препараты, сохранялись головные боли, прием НПВС не приносил эффекта. Периодически возникала тревога, не обусловленная ситуативно. В прошлом отмечает наличие чувства вины после приема пищи, около года назад вызывала рвоту ежедневно в течение месяца после приема пищи. В настоящее время регулярно выполняет физические упражнения по 1,5 часа в сутки с целью отвлечься от тревоги. На занятиях с учителями быстро устает, но интерес к учебе сохраняется. Сон нарушен. Сузился круг общения, перестала общаться в социальных сетях, так как "убедилась в том, что не может довериться никому из этих людей". Общение поддерживает только с молодым человеком.

Психический статус: сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, контакту доступна, беседу поддерживает. На вопросы отвечает кратко, по существу. Мимика вялая. Эмоционально несколько уплощена. Со слов, настроение на момент осмотра снижено. Тревогу на момент осмотра отрицает. Отмечает, что периодически становится трудно сформулировать мысль; когда болит голова, "бывает каша в голове", много мыслей. Обращает внимание на наличие неотступных мыслей о желании похудеть до 48 кг, иметь талию 53 см. В периоды головной боли травмирует лунки ногтей с целью отвлечься. Перед сном отмечает наличие наплывов мыслей о том, сможет ли она жить нормальной жизнью, и "нужно ли вообще это, ведь потом будет скучно жить как все". Сон с трудностями засыпания, может не спать до 5-6 утра, спит по 4 часа в сутки. Питание избирательное.



Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.

### Задача № 33

Больная Р., 15 лет

Жалобы: на ночные кошмары, нарушения сна, отказ от посещения школы, трудности в общении с одноклассниками.

Анамнез жизни: наследственность психопатологически не отягощена, родилась от 4 беременности на фоне угрозы прерывания, первых родов со слабостью родовой деятельности, стимуляцией, путем операции кесарева сечения. Масса при рождении 3100, длина 53 см. Раннее развитие по возрасту, прививки по возрасту без осложнений. ДДУ посещала с 3 лет, в детском саду появились тики. В школу пошла в 7 лет. После драки с одноклассниками тики усилились. Аллергоанамнез: в детском возрасте отмечалась реакция в виде крапивницы на пищевые продукты. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. Сопутствующие: хронический гастрит, ювенильный остеохондроз. ЧМТ в младших классах школы. Судороги, обмороки отрицает. Операций, переломов не было. Гинекологический анамнез: менструальный цикл с 12 лет, месячные нерегулярные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Проживает с матерью, отчимом и младшим братом 6 лет. Матери 43 года, образование высшее, не работает. С отцом в разводе с 3 летнего возраста девочки, отец проживает в другом городе, общение с девочкой регулярно поддерживает.

Анамнез заболевания: около месяца назад стала предъявлять жалобы на боли в животе в области подреберий. Сама девочка говорит, что боли появились около полугода назад и возникают при нервном напряжении. Затем из-за незначительной ссоры с матерью произошла «истерика», плакала 2,5 часа, не объясняя причин, на вопросы отвечала «мне плохо». После того, как успокоилась, рассказала матери о том, что на самом деле в школе с ней никто не общается. В младших классах отмечались тики, была самой младшей в классе, поэтому ее дразнили «микробом». Обратились накануне в кризисный центр к психологу, откуда была направлена на консультацию к психиатру. Рассказала психологу, что около года назад ей стала сниться какая-то женщина в виде чудовища, которая пела ей песню «о театре мертвых кукол», после пробуждения девочка стала записывать эту информацию в виде стихов негативного содержания на тему смерти. По ночам часто просыпалась после этих «кошмаров», плакала. В течение дня девочка самостоятельно сочиняла стихи на оптимистичные темы. После «нервного срыва» около 4 недель назад стала заикаться, говорить детским голосом, смеяться, даже если не смешно. В течение года стала более конфликтной, раздражительной, в случаях, когда окружающие с ней не соглашались. Около года назад мать заметила, что девочка стала несколько менее опрятной, в основном из-за того, что переехали в отдельную квартиру, до этого с ними проживала бабушка, которая помогала девочке соблюдать чистоту в ее комнате. Отмечалась плаксивость, эпизоды приподнятого настроения. В течение последнего года беспокоят частые головные боли, с детского возраста тики (покашливание, шмыганье носом). Сама девочка в подробностях описывает первые страшные сны про поющую женщину, цитируя те слова, которые она говорила, изменения в сюжете («у женщины появляется хвост, она раскрывает крылья, на заднем фоне появляются куклы»), сны о единорогах, вид Земли из космоса в сопровождении «той же поющей женщины». Школу с 13 лет не посещает, дома время проводит в интернете, сочиняет «фанфики», хочет стать писательницей. Со слов матери, за последнее время изменилась в поведении, стала говорить «по-детски», держит мать за руку, часто перебивает ее в разговоре. Сама девочка высказывает некоторые опасения за то, что она делает либо говорит. За несколько дней до госпитализации вновь приснился кошмар, в котором женщина из сна сообщила "не пытайся от меня избавиться, я - это ты", после чего девочка долго плакала, и следующие ночи спала вместе с матерью, во время сна больше кошмаров не снилось.

Психический статус при поступлении: сознание не помрачено, ориентирована полностью верно, контакту доступна, многоречива, охотно рассказывает о себе. Тревогу на момент осмотра отрицает, настроение хорошее. Демонстрирует свои рисунки с чудовищами из сна, образом женщины с хвостом, тетради с «хорошими» и «плохими» стихами, которые диктует ей женщина из сна, а также рассказ «театр мертвых кукол», который сочинила сама. Цитирует стихи, которые «поет» женщина из сна (называет ее "хозяйкой"): «здесь театр мертвых кукол, за него ты жизнь отдашь..». Описывает этот голос как приятный, но «хочется от него скрыться». Рассказывает о чудовищах, которые ей снятся. Наличие голосов, чужих мыслей в дневное время отрицает. Отмечает трудности засыпания, «какие-то» мысли перед сном, ночные пробуждения в 3 часа ночи. Описывает «умение» предугадывать сюжет фильма, который она смотрит, книги, которую читает.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Установите предположительный клинический диагноз.
5. Составьте план ведения и лечения больного.
6. Определите объем реабилитационных мероприятий.
7. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности.