федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**по дисциплине «Социальная психиатрия»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности)

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёт.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-1 -** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-8 -** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

**ПК-9 -** готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**ПК-10 -** готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1 История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии**

**Тема 1** *История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Роль социальных факторов в психическом здоровье.
2. Профилактики психических расстройств, обусловленных социальными факторами.
3. Социальных факторов в лечебной и реабилитационной практике.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Для смягчения истерической аффективности специалисты чаще всего рекомендуют |
| А | аминазин |
| Б | галоперидол |
| В | мелипрамин |
| Г | сиднокарб |
|  |  |
| 2 | С точки зрения Консторума психагогическая работа с истеричными в значительной мере бесплодна во всех случаях, исключая |
| А | при отчетливой душевной незрелости; заметной ювенильности |
| Б | в некоторых, очень редких случаях "дегенеративной истерии" |
| В | во всех случаях интеллектуальной недостаточности |
| Г | где бессилие служит конкретным установкам больных, сделавшись испытанным средством достижения цели |
|  |  |
| 3 | Консторум полагает, что истеричные перевоспитываются, прежде всего |
| А | деятельностью, трудом |
| Б | внушением в бодрствующем состоянии |
| В | гипносуггестивным воздействием |
| Г | психоанализом Фрейда |
|  |  |
| 4 | Неустойчивые психопаты (по Ганнушкину) |
| А | душевно неглубоки, но часто милые собеседники |
| Б | склонны к дисфорическим взрывам |
| В | душевно холодны |
| Г | горячи душой |
|  |  |
| 5 | Хронический алкоголизм на неустойчивой личностной почве |
| А | чаще протекает злокачественно |
| Б | обычно протекает вяло, малопрогредиентно |
| В | возникает преимущественно в среднем возрасте |
| Г | имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения |
|  |  |
| 6 | Антисоциальные психопаты (по Ганнушкину) часто бывают |
| А | злобными, жестокими, холодными резонерами, сластолюбцами |
| Б | синтонно-дефензивными, утонченно-аутистическими |
| В | застенчивыми и тревожными |
| Г | навязчиво-совестливыми, ананкастическими |
|  |  |
| 7 | Антисоциальную психопатию (по Ганнушкину) следует дифференцировать прежде всего |
| А | с шизоидной психопатией и шизофренией |
| Б | с психастенической психопатией |
| В | с ананкастической психопатией |
| Г | с циклоидной психопатией |
|  |  |
| 8 | Патологическое развитие личности (по Ганнушкину) |
| А | слагается из ряда реакций |
| Б | есть одна из форм патологического процесса |
| В | обнаруживается в легких, обратимых изменениях личности |
| Г | это все равно, что затянувшаяся фаза |
|  |  |
| 9 | Конституциональное развитие (по Ганнушкину) опирается в основном |
| А | на личность |
| Б | на длительность действия психической травмы |
| В | на характер психической травмы |
| Г | на картину психотравмирующей ситуации |
|  |  |
| 10 | Основным фактором, обусловливающим обсессивное развитие, является (по Ганнушкину) |
| А | естественный резкий страх, закрепляющийся в силу ряда причин |
| Б | ананказмы |
| В | патологические сомнения |
| Г | эпитимный склад личности |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако, отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Вопрос: возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка? 1. Возможно даже при возражении отца 2. Невозможно 3. Возможно при решении педагогического совета школы 4. Возможно при решении органов опеки.

Ответ: 4

**Задача № 2**

Гражданин А., имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует свой отказ тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Вопрос: правомочны ли врачи-психиатры провести психиатрическое освидетельствование гражданина А.? 1. Нет 2. Правомочны, если соответствующие нормативные акты Германии идентичны российским 3. Правомочны, т.к. гражданство А. двойное 4. Правомочны только при разрешении посольства Германии.

Ответ: 3

**Задача № 3**

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указав при этом диагноз психического заболевания.

Вопрос: правомочны ли действия главного врача? 1. Да 2. Нет, так как сведения выдаются только учреждениям общемедицинской сети 3. Нет, так как сведения выдаются только органам следствия и психиатрической службы 4. Вопрос решается индивидуально 5. Ни одно из утверждений неверно.

Ответ: 3

**Задача № 4**

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

**Задача № 5**

Больной Л., 40 лет. Внезапно изменилось поведение, стал напряжен, испуган, периодически выглядывает за дверь, к чему-то прислушивается, снял на кухне вентиляционную решетку, так как слышит из-за нее ругательства в свой адрес. Состояние еще более ухудшилось к вечеру: начал испытывать панический страх, говорит, что он весь опутан паутиной, а по комнате бегают крысы и мыши. На заверения в обратном совершенно не реагирует, спать не ложится, запрещает гасить в квартире свет. От госпитализации отказывается, не пускает врача в комнату, забаррикадировал изнутри дверь тяжелым сервантом. Кожные покровы бледные, температура – 390С, тахикардия – 100 уд./мин. Родственники сообщили, что подобных странностей в поведении раньше никогда не обнаруживал, страдает запойной формой алкоголизма около 7 лет, однако в настоящий момент был совершенно трезв, ни на что не жаловался, – со времени прекращения последнего запоя прошло уже больше 3-х суток.

Вопрос: Как в данном случае должен решаться вопрос о госпитализации? 1. Госпитализация не необходима, больного лучше не беспокоить 2. Больного следует наблюдать и лечить в амбулаторном режиме 3. Госпитализация необходима, но без согласия больного юридически невозможна 4. Госпитализация необходима и юридически возможна без согласия больного 5. Вопрос о госпитализации не может быть решен сразу.

Ответ: 4

**Задача № 6**

Один из основоположников отечественной психиатрии, организовавший психиатрическую клинику на новых началах, в настоящее время носящую его имя. Заложил основы нового нозологического направления в психиатрии. Разработал классификацию психических заболеваний. Описанный им синдром и психоз носят его имя.

Вопрос: Выберите правильный ответ из перечисленных: 1. В.П. Протопопов 2. П.П. Кащенко 3. С.С. Корсаков 4. В.М. Бехтерев 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 3

**Задача № 7**

Выдающийся российский психиатр ввел понятие «малая психиатрия», внес значительный вклад в развитие клинико-диагностического метода при изучении пограничных состояний, психопатии. Его имя носит одна из клиник г. Москвы.

Вопрос: назовите этого психиатра: 1. И.М. Сеченов 2. В.П. Сербский 3. В.Х. Кандинский 4. И.М. Балинский 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. История социальной психиатрии
2. Предмет социальной психиатрии
3. Задачи социальной психиатрии
4. Методы социальной психиатрии
5. Охрана психического здоровья, основные социальные предпосылки
6. Теоретические основы и пути развития социальной психиатрии
7. Метод социологических исследований
8. Метод эпидемиологических исследований
9. Метод клинико-психологических исследований

**Модуль 2 Социальная психиатрия и общество**

**Тема 1***Социальная психиатрия и общество*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1.Социальные факторы и зависимости личности.

2.Социальные факторы и пограничные психические расстройства.

3. Психопрофилактика и общество.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Признание больных невменяемыми возможно |
| А | при шизофрении в форме психоза или с выраженными изменениями личности |
| Б | при стойкой ремиссии после психотического приступа без выраженных личностных изменений |
| В | в доманифестный период болезни в случае наличия форпост-симптомов |
| Г | только в случаях злокачественной шизофрении |
|  |  |
| 2 | Судебно-психиатрическая оценка дееспособности больных шизофренией в связи с совершением тех или иных юридических актов основана на всем перечисленном, кроме |
| А | факта имевшихся в прошлом психотических состояний |
| Б | трудовой адаптации больных |
| В | социальной адаптации больных |
| Г | частоты и характера приступов в течение болезни |
|  |  |
| 3 | Наибольшая частота дебютов шизофрении характерна |
| А | для подросткового возраста |
| Б | для среднего возраста |
| В | существенных возрастных различий нет |
| Г | для дошкольного возраста |
|  |  |
| 4 | Атипия проявлений шизофрении, обуславливающая большие диагностические трудности, характерна |
| А | для подросткового возраста |
| Б | для дошкольного возраста |
| В | для раннего возраста |
| Г | для среднего возраста |
|  |  |
| 5 | Выявление шизофрении становится возможным |
| А | в любом возрасте |
| Б | в среднем возрасте |
| В | в подростковом возрасте |
| Г | в дошкольном возрасте |
|  |  |
| 6 | Ремиссия при шизофрении определяется психопатоподобным поведением с чертами аутизма, остаточными навязчивостями, психическим инфантилизмом. Начало заболевания в этом случае можно отнести |
| А | к дошкольному возрасту |
| Б | к младшему пубертатному возрасту |
| В | к среднему пубертатному возрасту |
| Г | к старшему пубертатному возрасту |
|  |  |
| 7 | В структуре дефекта при шизофрении наряду с апатическим состоянием и нарушением контактов отмечается психический дизонтогенез с олигофреноподобной картиной. Начало заболевания в этом случае относится |
| А | к раннему возрасту |
| Б | к подростковому возрасту |
| В | к младшему школьному возрасту |
| Г | к дошкольному возрасту |
|  |  |
| 8 | Манифест шизофрении со злокачественным (прогредиентным) течением наиболее часто отмечается |
| А | в юношеском возрасте |
| Б | в младшем школьном возрасте |
| В | в пубертатном возрасте |
| Г | в раннем детском возрасте |
|  |  |
| 9 | У ребенка эмоциональная ограниченность, обеднение контактов и интересов, психическая ригидность сочетаются с подозрительностью, недоверчивым, враждебным отношением к близким и окружающим людям. Это характерно |
| А | для шизофрении с непрерывно-прогредиентным течением |
| Б | для вялотекущей шизофрении |
| В | для ремиттирующей шизофрении |
| Г | для шубообразной шизофрении |
|  |  |
| 10 | У подростка эмоциональная лабильность, стремление к независимости с негативизмом к лицам из ближайшего окружения - семья, учителя; повышенный интерес к своему психическому и физическому Я. Данная клиническая картина может быть определена как |
| А | психические особенности пубертатного возраста |
| Б | психогенное заболевание |
| В | дебют аффективного эндогенного заболевания |
| Г | дебют шизофрении в пубертатном возрасте |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной К., 32 года, учитель географии. В анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобой на периодические головные боли, которые усиливаются при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине дня наступает кратковременное улучшение состояния. Голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал очень раздражительным, несдержанным. Дома и на работе всё выводит из себя. Раздражает даже прикосновение к телу одежды. Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Депрессивный 2. Истерический 3. Церебрастенический 4. Апатический 5. Навязчивых состояний.

Ответ: 3

**Задача № 2**

Больной О., 37 лет. Доставлен для судебно-психиатрической экспертизы в связи с совершенным им убийством. В течение 20 лет состоит на диспансерном наблюдении с диагнозом: эпилепсия. Лечение принимал нерегулярно, употреблял алкоголь, из-за чего часто случались эпилептические припадки. Периодически отмечаются снохождения, сумеречные состояния сознания, дисфорические реакции. О совершенном преступлении ничего не помнит, не верит, что он мог совершить убийство, каких-либо корыстных целей в его действиях следствие не обнаружило.

Вопрос: в каком состоянии вероятнее всего было совершено правонарушение? 1. В состоянии патологического аффекта 2. В состоянии простого алкогольного опьянения 3. В состоянии кататонического возбуждения 4. В сумеречном помрачении сознания 5. В сомнамбулическом состоянии.

Ответ: 4

**Задача № 3**

Больной Т., 50 лет. На протяжении 30 лет злоупотребляет алкоголем, перенес несколько алкогольных делириев, после последнего из которых сформировались стойкие нарушения интеллектуально-мнестических функций. Не помнит о только что произошедших событиях, не знает, куда положил вещи, не может повторить имена людей, с которыми только что знакомился, при разговоре не помнит, о чем шла речь в начале беседы, при попытке к чтению быстро забывает содержание только что прочитанных страниц. На более отдаленные по времени события память явно не нарушена. При расспросе больного о том, что произошло накануне, реальных событий не припоминает, а вместо этого как будто фантазирует, например, будучи в закрытом отделении психиатрической больницы, говорит, что ездил домой повидать родных. Больной вообще плохо ориентируется во времени, не вполне понимает, где он находится, не всегда узнает своего лечащего врача и соседей по палате.

Вопрос: что лежит в основе нарушения поведения у данного больного? 1. Амнестическая дезориентировка 2. Антероградная амнезия 3. Псевдодеменция 4. Псевдореминисценции 5. Пресомноленция.

Ответ: 1

**Задача № 4**

Больная М., пенсионерка. Однажды, 5 лет назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх, не могла находиться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение пяти лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стенки, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Психического автоматизма 2. Паранойяльный 3. Параноидный 4. Верб

ального галлюциноза 5. Парафренный.

Ответ: 4

**Задача № 5**

Больной А. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить» Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Откуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к двери к окнам. В беседе внимание на теме разговора сосредотачивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает с себя стряхивать что-то. Говорит, что стряхивает насекомых.

Вопрос: какой синдром обнаруживается у больного А.? 1. Онейроидный 2. Сумеречного помрачения сознания 3. Делириозный 4. Оглушение 5. Аментивный

Ответ: 3

**Задача № 6**

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Синдром Кандинского-Клерамбо 2. Синдром Котара 3. Синдром Фреголи 4. Синдром Капгра 5. Синдром Аспергера

Ответ: 2

**Задача № 7**

Больной 62 лет. Стал жаловаться родственникам, что его жена систематически подсыпает ему в пищу песок, чтобы медленно его отравить, он чувствует, как песок скрипит на зубах. Жена делает это с целью выйти замуж после его смерти за молодого соседа. Замечал неоднократно, что в его отсутствие жена роется у него в вещах и в письменном столе. Память не нарушена. Критики к состоянию нет. Соматически: тоны сердца чисты, АД - 150/90 мм.рт.ст. Неврологически: без очаговых знаков.

Вопрос: назовите нарушение мышления по содержанию, наблюдающееся у больного: 1. Обсессия 2. Фобия 3. Бред 4. Сверхценные идеи 5. Бредоподобные фантазии

Ответ: 3

**Задача № 8**

Больной злоупотреблял алкоголем в течение многих лет. Довольно хорошо помнит детство, юность, несколько хуже - события последних 5-7 лет. Не знает, как зовут его лечащего врача, не помнит, где его койка. Не помнит, что ел на завтрак, но утверждает, что были фазаны и шампанское. Рассказывает, как он принимал участие в штурме Зимнего дворца. У больного отсутствуют сухожильные рефлексы, болевая и температурная чувствительность, парез нижних конечностей.

Вопрос: укажите амнестические нарушения, не характерные для данного синдрома: 1. Конфабуляции 2. Криптомнезия 3. Псевдореминесценции 4. Фиксационная амнезия 5. Ретроградная амнезия

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Социальное состояние общества и психическое здоровье
2. Отношение общества к психически больным
3. Психически больной в семье
4. Психиатрия, этика и право
5. Психиатрическая помощь в СССР и РФ (1980-2000гг.)

**Модуль 3 Социальные факторы в возникновении, клинике и профилактике психических расстройств**

**Тема 1** *Социальные факторы и психические расстройства (F2, F3, F4)*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Социальные факторы и шизофрения.
2. Социальные факторы и соматоформные расстройства.
3. Роль социальных факторов в развитии депрессивных расстройств.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Динамику изготовления и потребления алкоголя в мире отражают данные: |
| А | о потреблении алкоголя населением конкретного региона |
| Б | о потреблении алкоголя на душу населения в мире |
| В | о производстве алкоголя на душу населения за определенный период времени в отдельных регионах мира |
| Г | ВОЗ о производстве алкоголя на душу населения в мире |
|  |  |
| 2 | Уголовная ответственность предусматривается за: |
| А | потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания |
| Б | содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств |
| В | нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств |
| Г | незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств |
|  |  |
| 3 | К сложной мании относятся: |
| А | мания с онейроидом |
| Б | дурашливая мания |
| В | веселая мания |
| Г | спутанная мания |
|  |  |
| 4 | К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: |
| А | патологический аффект |
| Б | патологические просоночные состояния |
| В | сумеречные состояния |
| Г | патологическое опьянение |
|  |  |
| 5 | Ретроградная амнезия характеризуется: |
| А | выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию |
| Б | отсутствием памяти на текущие события |
| В | выпадением из памяти событий периода, следовавшего непосредственно после выхода из бессознательного состояния |
| Г | фрагментарной утратой памяти |
|  |  |
| 6 | Антероградная амнезия характеризуется |
| А | утратой воспоминаний на период, непосредственно следовавший за выходом из бессознательного состояния |
| Б | утратой воспоминаний на период бессознательного состояния и период предшествовавший ему |
| В | правильное поведение в запамятованном периоде |
| Г | потерей способности к запоминанию после данной амнезии |
|  |  |
| 7 | Сенестопатии это: |
| А | необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией |
| Б | локализованные неприятные, тягостные ощущения |
| В | тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела |
| Г | тягостные болевые ощущения в утраченной конечности |
|  |  |
| 8 | Малый истерический припадок характеризуется состоянием, при котором наблюдаются: |
| А | приступы рыдания, хохота |
| Б | массивная тоническая судорога с изгибанием тела в дугу |
| В | внезапная потеря сознания |
| Г | тонические и клонические судороги |
|  |  |
| 9 | Бредовое настроение: |
| А | предшествует «кристаллизации бреда» |
| Б | сопровождает бред на всем протяжении |
| В | выражает суть бредового синдрома |
| Г | возникает после редукции бредовых переживаний |
|  |  |
| 10 | К кататимному бреду относятся: |
| А | бред самообвинения, виновности |
| Б | бред отравления |
| В | бред интерметаморфозы |
| Г | бред преследования |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больной Ш., 6 лет. Первый ребенок в семье. Вскоре после рождения ребенка у него стали отмечаться отклонения от нормального развития. Он был вялым, сонливым, плохо сосал грудь. Поздно стал фиксировать взор, не тянулся к игрушкам. Головку стал держать с 8 месяцев, ходить ─ с 2 лет. Первые слова начал произносить с 2,5 лет, фразовая речь так и не развилась. Не проявлял интереса к книжкам, к игрушкам, ломал их и бросал. С того времени, как ребенок стал ходить, обнаружилась его чрезмерная подвижность. Не мог ничем заниматься более 2-3 минут, все время был в движении, хватал все попадающиеся под руку вещи. При обследовании ребенка была поставлена проба Феллинга с помощью 10% раствора FeCl3, которая оказалась резко положительной. Мальчик по физическому развитию не отстает от своих сверстников. Отмечается плоскостопие. Волосы очень светлые, глаза светло-голубые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В неврологическом статусе отмечается повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. В остальном ─ без особенностей. Клинический анализ крови в норме, реакция Вассермана отрицательная. Психическое состояние. Мальчик, войдя в кабинет врача, не поздоровался, и не обратил никакого внимания на присутствующих. Немедленно схватил первую попавшуюся вещь и бросил ее. Все время находится в движении, но при этом поведение хаотичное: встает, садится, подбегает к столу, но при этом, ни к чему не проявляет устойчивого интереса. На замечания и окрики отца не обращает никакого внимания. Вступить в разговор с мальчиком очень трудно, так как с большим трудом удается привлечь его внимание.

Вопрос: выберите правильный диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость (УО) умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с недоношенностью 2. УО умеренная с незначительными нарушениями поведения, обусловленная гипертиреозом 3. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная гипертиреозом 4. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная фенилкетонурией 5. УО тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с хромосомными нарушениями

Ответ: 4

**Задача № 2**

Больной П. С рождения - умственное недоразвитие. Сидит где-либо в углу комнаты и маятникообразно раскачивается. Неопрятен. Жует все, что попадает ему в руки, не отличая съедобное от несъедобного. Запаса слов нет. Речь не развита, иногда только издает нечленораздельные звуки.

Вопрос: назовите диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 2. Умственная отсталость тяжелая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 3. Умственная отсталость глубокая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 4. Умственная отсталость глубокая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 5. Умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами

Ответ: 1

**Вопросы для подготовки:**

1. Виды и формы аффективных расстройств
2. Роль семейного воспитания в генезе аффективных нарушений
3. Макросоциальные факторы в развитии аффективных расстройств
4. Дебют маниакально-депрессивных заболеваний на фоне тяжелой утраты
5. Социальная терапия депрессии
6. Социальные факторы и пограничные психические расстройства
7. Социальные факторы и шизофрения

**Модуль 3 Социальные факторы в возникновении, клинике и профилактике психических расстройств**

**Тема 2** *Социальные факторы и психические расстройства (F1, F6)*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Социальные факторы и формирование нехимических зависимостей.
2. Социальные факторы и формирование химических зависимостей.
3. Эпидемиология психических заболеваний (состояние проблемы в РФ).

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Структуру приступа периодической шизофрении у подростков определяют все перечисленные расстройства, кроме |
| А | церебрастенических |
| Б | кататонических |
| В | сомато-вегетативных |
| Г | аффективных |
|  |  |
| 2 | Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме |
| А | прогрессивного паралича |
| Б | симптоматических психозах |
| В | эпилепсии |
| Г | маниакально-депрессивного психоза |
|  |  |
| 3 | Маниакальные синдромы развиваются при всех перечисленных заболеваниях, кроме |
| А | неврозов |
| Б | органических заболеваний головного мозга |
| В | эпилепсии |
| Г | шизофрении |
|  |  |
| 4 | Основными характеристиками маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, кроме |
| А | усложнения психопатологической структуры |
| Б | отсутствия личностных изменений |
| В | периодичности течения |
| Г | фазного характера течения |
|  |  |
| 5 | Понятие циркулярности включает |
| А | течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз |
| Б | обязательную повторяемость фаз одного знака |
| В | обязательное возникновение полярных фаз |
| Г | правильное чередование полярных фаз |
|  |  |
| 6 | Вариантами течения маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, кроме |
| А | приступообразно-прогредиентного типа |
| Б | континуального типа течения |
| В | течения сдвоенными и строенными фазами |
| Г | биполярного |
|  |  |
| 7 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая |
| А | идеи переоценки |
| Б | идеи самообвинения |
| В | наличие депрессивной триады |
| Г | депрессивную анестезию |
|  |  |
| 8 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме |
| А | оптимистического содержания мыслей |
| Б | чувства тревоги |
| В | депрессивной анестезии |
| Г | бессонницы |
|  |  |
| 9 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая |
| А | идеи осуждения |
| Б | суицидальные мысли |
| В | отсутствие аппетита |
| Г | витальный характер депрессии |
|  |  |
| 10 | К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме |
| А | ступорозных депрессий |
| Б | слезливых депрессий |
| В | депрессии с идеями самообвинения |
| Г | тревожных депрессий |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: что Вам, прежде всего, потребуется для уточнения диагноза? 1. Данные электроэнцефалографии 2. Данные компьютерной томографии мозга 3. Тщательное психологическое обследование, данные тестов на развитие интеллекта 4. Данные неврологического обследования 5. Данные терапевтического обследования.

Ответ: 3

**Задача № 2**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Деменция лакунарная 3. Психопатия мозаичного типа 4. Акцентуация характера неустойчивого типа 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 1

**Вопросы для подготовки:**

1. Классификация аддикций
2. Этнокультуральные факторы в возникновении зависимого поведения
3. Влияние социально-экономической ситуации на формирование химических аддикций
4. Реклама потребления ПАВ
5. Уровни социогенеза зависимостей
6. Социальные факторы и зависимости личности
7. Социальные факторы и расстройства поведения
8. Классификация расстройств поведения
9. Культуральный аспект в формировании поведенческих расстройств
10. Особенности семейной ситуации при различных формах расстройств поведения
11. Социоэкономические факторы расстройств поведения

**Модуль 4 Организационные вопросы социальной психиатрии**

**Тема 1** *Социальная и профессиональная реабилитация психически больных. Социальные воздействия в лечении, реабилитации и профилактике психических расстройств*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** тестирование, устный опрос,

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Социальная и профессиональная реабилитация наркологических больных.
2. Социальная и профессиональная реабилитация больных шизофренией.
3. Концепции реабилитации в социальной психиатрии.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме |
| А | уровня культуры населения |
| Б | экологических факторов среды |
| В | качества и доступности медицинской помощи |
| Г | безопасных условий труда |
|  |  |
| 2 | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме |
| А | органа управления здравоохранением |
| Б | фонда медицинского страхования |
| В | страховой организации |
| Г | медицинского учреждения |
|  |  |
| 3 | В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме |
| А | организации добровольного медицинского страхования |
| Б | видов платных медицинских услуг |
| В | дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста |
| Г | стоимости различных видов медицинской помощи |
|  |  |
| 4 | Основными Задача №ми поликлиники являются все, кроме |
| А | организации работ по пропаганде здорового образа жизни |
| Б | лечебно-диагностического обслуживания населения |
| В | профилактической работы |
| Г | экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |
| 5 | Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме |
| А | нормирования деятельности врачей |
| Б | анализа интенсивности потока больных по времени |
| В | правильной организации графика приема врачей |
| Г | четкой работы регистратуры |
|  |  |
| 6 | Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме |
| А | организации специализированной медицинской помощи |
| Б | оказания своевременной терапевтической помощи |
| В | организации госпитализации больных |
| Г | проведения экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |
| 7 | Структура больничных учреждений РФ включают все типы больниц, кроме |
| А | больницы восстановительного лечения |
| Б | центральной районной больницы |
| В | городской многопрофильной больницы |
| Г | сельской участковой больницы |
|  |  |
| 8 | Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме |
| А | социального страхования беременной женщины и женщины-матери |
| Б | заботы о здоровье матери и ребенка |
| В | обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав |
| Г | обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей |
|  |  |
| 9 | В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все критерии, кроме |
| А | показателей рождаемости |
| Б | оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального |
| В | достаточной функциональной и социальной адаптации |
| Г | высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям |
|  |  |
| 10 | Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются |
| А | перинатальная смертность |
| Б | неонатальная смертность |
| В | постнеонатальная смертность |
| Г | ранняя неонатальная смертность |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

**Задача № 2**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где лавной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

**Задача № 3**

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

**Задача № 4**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больной С., 44 года, инженер-геофизик. При поступлении жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон, чувство внутреннего напряжения, изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии. Отец – инженер, активный, энергичный, экстраверт по характеру. Мать – врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. С ранних лет тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако, решил никогда не быть таким как он. После окончания института работал инженером в геофизической лаборатории, а после защиты диссертации – ее начальником. Женился в 25 лет не испытывая сильной влюбленности. Жена нравилась своим спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. Появилось двое детей. В 29 лет обнаружены язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гастрит. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной. Эти отношения приняли двойственный характер: больного постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда он был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, то решил сохранить прежнюю семью. С этого времени дом стал раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене, хотя больной понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Стал больше времени уделять работе, что не приводило к хорошим результатам. Появились повышенная утомляемость, неприятные ощущения в области сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Витаминотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Ноотропы 5. Коронаролитические средства.

Ответ: 5

**Задача № 6**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

**Задача № 7**

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентено. ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам. Психика – без особенностей Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры, ЯМРТ головного мозга – опухоль.

 Возможная терапия: 1. Карбамазепин 2. Депакин 3. Хирургическое вмешательство

4. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины 5. Все перечисленное

Ответ: 3

**Вопросы для подготовки:**

1. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья
2. Концепции психопрофилактики социальной психиатрии
3. Концепции реабилитации в социальной психиатрии
4. Трудоспособность, трудотерапия и трудоустройство психических больных
5. Социальная реабилитация (три основных этапа)
6. Реабилитационный процесс

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| **Проверка** **практических навыков**  | Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у ординаторов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки ординаторов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта

 (зачета, экзамена)

Проводится по зачётным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**Зачтено** - Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

При выполнении практического навыка - полное знание программного материала, рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога, допустил небольшие ошибки или неточности.

**Не зачтено -** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

При выполнении практического навыка - существенные пробелы в знании алгоритма практического навыка, допустил более одной принципиальной ошибки, затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Предмет социальной психиатрии
2. Задачи социальной психиатрии
3. Методы социальной психиатрии
4. Эпидемиологический метод
5. Клинико-психопатологический метод
6. Методы социального исследования
7. Социальная психиатрия и общество
8. Социальное состояние общества и психическое здоровье населения
9. Общественное психическое здоровье
10. Психиатрия, этика и право
11. Задачи профессиональной этики
12. Уважение личности пациента и его права
13. Психически больной в семье
14. Отношение общества к психически больным
15. Социально-психиатрические аспекты у беженцев
16. Социально-психиатрические аспекты у мигрантов
17. Социальные факторы и психические расстройства у детей
18. Специфика социальной психиатрии детства
19. Расстройства адаптации вследствие социальных стрессов
20. Клинико-психологические варианты стрессовых расстройств адаптации
21. Социальные риски дезадаптации у детей
22. Школьная дезадаптация у детей
23. Психические расстройства в группах дезадаптации детей
24. Социальные факторы и психические расстройства у женщин
25. Социальные и клинические факторы преступности у женщин
26. Социальные факторы и пограничные (допсихотические) психические расстройства
27. Социальные факторы и органически обусловленные психические расстройства
28. Социальные факторы и аддикции (химические и нехимические)
29. Социальные факторы и шизофрения
30. Социальные факторы и МДЗ
31. Социальные факторы и неврозы
32. Социальные факторы и психосоматические заболевания
33. Социальные факторы и стрессовые расстройства
34. Социальные факторы и расстройства адаптации
35. Социальные факторы и расстройства личности
36. Социальные факторы и психические дизонтогенезы
37. Превентивные терапевтические и реабилитационные мероприятия у детей
38. Социальные факторы риска психических расстройств у лиц старшего возраста
39. Средовые факторы и психическое здоровье пожилых
40. Лечебно-профилактическая помощь лицам старшего возраста с высоким риском психической патологии
41. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний
42. Социальные факторы и судебная психиатрия
43. Социальные факторы и психиатрия чрезвычайных ситуаций
44. Социальные факторы и деструктивное (в т.ч. суицидальное) поведение
45. Социальные факторы и аномальное сексуальное поведение
46. Социальные аспекты внутрисемейных причин психических расстройств у женщин

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

*(приводятся типовые практические задания, упражнения, ситуационные задачи, манипуляционные упражнения и т.п., направленные на проверку каждого из указанных в рабочей программе дисциплины умения и навыка* ***с эталонами решения типовых практических заданий*.)**

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако, отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Вопрос: возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка? 1. Возможно даже при возражении отца 2. Невозможно 3. Возможно при решении педагогического совета школы 4. Возможно при решении органов опеки.

Ответ: 4

**Задача № 2**

Гражданин А., имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует свой отказ тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Вопрос: правомочны ли врачи-психиатры провести психиатрическое освидетельствование гражданина А.? 1. Нет 2. Правомочны, если соответствующие нормативные акты Германии идентичны российским 3. Правомочны, т.к. гражданство А. двойное 4. Правомочны только при разрешении посольства Германии.

Ответ: 3

**Задача № 3**

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указав при этом диагноз психического заболевания.

Вопрос: правомочны ли действия главного врача? 1. Да 2. Нет, так как сведения выдаются только учреждениям общемедицинской сети 3. Нет, так как сведения выдаются только органам следствия и психиатрической службы 4. Вопрос решается индивидуально 5. Ни одно из утверждений неверно.

Ответ: 3

**Задача № 4**

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

**Задача № 5**

Больной Л., 40 лет. Внезапно изменилось поведение, стал напряжен, испуган, периодически выглядывает за дверь, к чему-то прислушивается, снял на кухне вентиляционную решетку, так как слышит из-за нее ругательства в свой адрес. Состояние еще более ухудшилось к вечеру: начал испытывать панический страх, говорит, что он весь опутан паутиной, а по комнате бегают крысы и мыши. На заверения в обратном совершенно не реагирует, спать не ложится, запрещает гасить в квартире свет. От госпитализации отказывается, не пускает врача в комнату, забаррикадировал изнутри дверь тяжелым сервантом. Кожные покровы бледные, температура – 390С, тахикардия – 100 уд./мин. Родственники сообщили, что подобных странностей в поведении раньше никогда не обнаруживал, страдает запойной формой алкоголизма около 7 лет, однако в настоящий момент был совершенно трезв, ни на что не жаловался, – со времени прекращения последнего запоя прошло уже больше 3-х суток.

Вопрос: Как в данном случае должен решаться вопрос о госпитализации? 1. Госпитализация не необходима, больного лучше не беспокоить 2. Больного следует наблюдать и лечить в амбулаторном режиме 3. Госпитализация необходима, но без согласия больного юридически невозможна 4. Госпитализация необходима и юридически возможна без согласия больного 5. Вопрос о госпитализации не может быть решен сразу.

Ответ: 4

**Задача № 6**

Один из основоположников отечественной психиатрии, организовавший психиатрическую клинику на новых началах, в настоящее время носящую его имя. Заложил основы нового нозологического направления в психиатрии. Разработал классификацию психических заболеваний. Описанный им синдром и психоз носят его имя.

Вопрос: Выберите правильный ответ из перечисленных: 1. В.П. Протопопов 2. П.П. Кащенко 3. С.С. Корсаков 4. В.М. Бехтерев 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 3

**Задача № 7**

Выдающийся российский психиатр ввел понятие «малая психиатрия», внес значительный вклад в развитие клинико-диагностического метода при изучении пограничных состояний, психопатии. Его имя носит одна из клиник г. Москвы.

Вопрос: назовите этого психиатра: 1. И.М. Сеченов 2. В.П. Сербский 3. В.Х. Кандинский 4. И.М. Балинский 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 5

**Задача № 8**

Больной К., 32 года, учитель географии. В анамнезе тяжелая черепно-мозговая травма. Обратился к врачу после конфликтной ситуации на работе с жалобой на периодические головные боли, которые усиливаются при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенной утомляемости. В последние годы стал плохо переносить жару, духоту, транспорт. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине дня наступает кратковременное улучшение состояния. Голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал очень раздражительным, несдержанным. Дома и на работе всё выводит из себя. Раздражает даже прикосновение к телу одежды. Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Депрессивный 2. Истерический 3. Церебрастенический 4. Апатический 5. Навязчивых состояний.

Ответ: 3

**Задача № 9**

Больной О., 37 лет. Доставлен для судебно-психиатрической экспертизы в связи с совершенным им убийством. В течение 20 лет состоит на диспансерном наблюдении с диагнозом: эпилепсия. Лечение принимал нерегулярно, употреблял алкоголь, из-за чего часто случались эпилептические припадки. Периодически отмечаются снохождения, сумеречные состояния сознания, дисфорические реакции. О совершенном преступлении ничего не помнит, не верит, что он мог совершить убийство, каких-либо корыстных целей в его действиях следствие не обнаружило.

Вопрос: в каком состоянии вероятнее всего было совершено правонарушение? 1. В состоянии патологического аффекта 2. В состоянии простого алкогольного опьянения 3. В состоянии кататонического возбуждения 4. В сумеречном помрачении сознания 5. В сомнамбулическом состоянии.

Ответ: 4

**Задача № 10**

Больной Т., 50 лет. На протяжении 30 лет злоупотребляет алкоголем, перенес несколько алкогольных делириев, после последнего из которых сформировались стойкие нарушения интеллектуально-мнестических функций. Не помнит о только что произошедших событиях, не знает, куда положил вещи, не может повторить имена людей, с которыми только что знакомился, при разговоре не помнит, о чем шла речь в начале беседы, при попытке к чтению быстро забывает содержание только что прочитанных страниц. На более отдаленные по времени события память явно не нарушена. При расспросе больного о том, что произошло накануне, реальных событий не припоминает, а вместо этого как будто фантазирует, например, будучи в закрытом отделении психиатрической больницы, говорит, что ездил домой повидать родных. Больной вообще плохо ориентируется во времени, не вполне понимает, где он находится, не всегда узнает своего лечащего врача и соседей по палате.

Вопрос: что лежит в основе нарушения поведения у данного больного? 1. Амнестическая дезориентировка 2. Антероградная амнезия 3. Псевдодеменция 4. Псевдореминисценции 5. Пресомноленция.

Ответ: 1

**Задача № 11**

Больная М., пенсионерка. Однажды, 5 лет назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и ее детей. Появился страх, не могла находиться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор в течение пяти лет почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стенки, из-за окна и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может помочь. В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Она охотно соглашается, что голоса имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. У больной в течение последних двух лет отмечается снижение памяти, слезливость, головные боли, быстрая утомляемость, поверхностный сон.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Психического автоматизма 2. Паранойяльный 3. Параноидный 4. Вербального галлюциноза 5. Парафренный.

Ответ: 4

**Задача № 12**

Больной А. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут «пойти выпить» Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, слышал стук в окно, крики о помощи. В страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от «преследования». Откуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к двери к окнам. В беседе внимание на теме разговора сосредотачивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает с себя стряхивать что-то. Говорит, что стряхивает насекомых.

Вопрос: какой синдром обнаруживается у больного А.? 1. Онейроидный 2. Сумеречного помрачения сознания 3. Делириозный 4. Оглушение 5. Аментивный

Ответ: 3

**Задача № 13**

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Синдром Кандинского-Клерамбо 2. Синдром Котара 3. Синдром Фреголи 4. Синдром Капгра 5. Синдром Аспергера

Ответ: 2

**Задача № 14**

Больной 62 лет. Стал жаловаться родственникам, что его жена систематически подсыпает ему в пищу песок, чтобы медленно его отравить, он чувствует, как песок скрипит на зубах. Жена делает это с целью выйти замуж после его смерти за молодого соседа. Замечал неоднократно, что в его отсутствие жена роется у него в вещах и в письменном столе. Память не нарушена. Критики к состоянию нет. Соматически: тоны сердца чисты, АД - 150/90 мм.рт.ст. Неврологически: без очаговых знаков.

Вопрос: назовите нарушение мышления по содержанию, наблюдающееся у больного: 1. Обсессия 2. Фобия 3. Бред 4. Сверхценные идеи 5. Бредоподобные фантазии

Ответ: 3

**Задача № 15**

Больной злоупотреблял алкоголем в течение многих лет. Довольно хорошо помнит детство, юность, несколько хуже - события последних 5-7 лет. Не знает, как зовут его лечащего врача, не помнит, где его койка. Не помнит, что ел на завтрак, но утверждает, что были фазаны и шампанское. Рассказывает, как он принимал участие в штурме Зимнего дворца. У больного отсутствуют сухожильные рефлексы, болевая и температурная чувствительность, парез нижних конечностей.

Вопрос: укажите амнестические нарушения, не характерные для данного синдрома: 1. Конфабуляции 2. Криптомнезия 3. Псевдореминесценции 4. Фиксационная амнезия 5. Ретроградная амнезия

Ответ: 5

**Задача № 16**

Больной Ш., 6 лет. Первый ребенок в семье. Вскоре после рождения ребенка у него стали отмечаться отклонения от нормального развития. Он был вялым, сонливым, плохо сосал грудь. Поздно стал фиксировать взор, не тянулся к игрушкам. Головку стал держать с 8 месяцев, ходить ─ с 2 лет. Первые слова начал произносить с 2,5 лет, фразовая речь так и не развилась. Не проявлял интереса к книжкам, к игрушкам, ломал их и бросал. С того времени, как ребенок стал ходить, обнаружилась его чрезмерная подвижность. Не мог ничем заниматься более 2-3 минут, все время был в движении, хватал все попадающиеся под руку вещи. При обследовании ребенка была поставлена проба Феллинга с помощью 10% раствора FeCl3, которая оказалась резко положительной. Мальчик по физическому развитию не отстает от своих сверстников. Отмечается плоскостопие. Волосы очень светлые, глаза светло-голубые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В неврологическом статусе отмечается повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. В остальном ─ без особенностей. Клинический анализ крови в норме, реакция Вассермана отрицательная. Психическое состояние. Мальчик, войдя в кабинет врача, не поздоровался, и не обратил никакого внимания на присутствующих. Немедленно схватил первую попавшуюся вещь и бросил ее. Все время находится в движении, но при этом поведение хаотичное: встает, садится, подбегает к столу, но при этом, ни к чему не проявляет устойчивого интереса. На замечания и окрики отца не обращает никакого внимания. Вступить в разговор с мальчиком очень трудно, так как с большим трудом удается привлечь его внимание.

Вопрос: выберите правильный диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость (УО) умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с недоношенностью 2. УО умеренная с незначительными нарушениями поведения, обусловленная гипертиреозом 3. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная гипертиреозом 4. УО умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная фенилкетонурией 5. УО тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, связанная с хромосомными нарушениями

Ответ: 4

**Задача № 17**

Больной П. С рождения - умственное недоразвитие. Сидит где-либо в углу комнаты и маятникообразно раскачивается. Неопрятен. Жует все, что попадает ему в руки, не отличая съедобное от несъедобного. Запаса слов нет. Речь не развита, иногда только издает нечленораздельные звуки.

Вопрос: назовите диагноз (по МКБ-10): 1. Умственная отсталость тяжелая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 2. Умственная отсталость тяжелая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 3. Умственная отсталость глубокая без нарушений поведения, обусловленная неуточненными причинами 4. Умственная отсталость глубокая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами 5. Умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная неуточненными причинами

Ответ: 1

**Задача № 18**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: что Вам, прежде всего, потребуется для уточнения диагноза? 1. Данные электроэнцефалографии 2. Данные компьютерной томографии мозга 3. Тщательное психологическое обследование, данные тестов на развитие интеллекта 4. Данные неврологического обследования 5. Данные терапевтического обследования.

Ответ: 3

**Задача № 19**

Подросток М., 18 лет. С детства отставал от сверстников в развитии, закончил 9 классов с трудом, родители сообщили, что «большинство троек натянуты». После школы хотел поступать в профессионально-техническое училище, но не смог должным образом подготовиться. Устроился работать курьером по городу, но очень скоро был уволен из-за множества допущенных ошибок. Большую часть времени «гуляет» со своей кампанией, лидерства не проявляет, часто употребляет слабоалкогольные спиртные напитки, курит, «пробовал» марихуану. Коллекционирует цветные вырезки из автомобильных журналов, книг совершенно не читает, в учебе смысла не видит. В разговоре с врачом ведет себя развязно, эгоцентрично, отвечает только на конкретные вопросы, словарный запас ограничен, духовно-нравственные ценности снижены, реагирует только на примитивный юмор, не воспринимает переносный смысл пословиц и поговорок. Например, в случае просьбы объяснить пословицу - «куй железо, пока горячо» - говорит, что «когда железо стынет, из него ничего не сделать», а при вопросе, что еще может означать данная пословица, становится растерянным. Таблицу умножения знает плохо, пишет безграмотно, при психологическом обследовании быстро утомляется, не может сосредоточить внимание на тестах, быстро отказывается от их выполнения. Фон настроения неустойчивый, бывает раздражителен, импульсивен, агрессивен в состоянии алкогольного опьянения. Жалоб на здоровье не предъявляет.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Деменция лакунарная 3. Психопатия мозаичного типа 4. Акцентуация характера неустойчивого типа 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 1

**Задача № 20**

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

**Задача № 21**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где лавной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

**Задача № 22**

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

**Задача № 23**

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

**Задача № 24**

Больной С., 44 года, инженер-геофизик. При поступлении жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон, чувство внутреннего напряжения, изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии. Отец – инженер, активный, энергичный, экстраверт по характеру. Мать – врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. С ранних лет тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако, решил никогда не быть таким как он. После окончания института работал инженером в геофизической лаборатории, а после защиты диссертации – ее начальником. Женился в 25 лет не испытывая сильной влюбленности. Жена нравилась своим спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. Появилось двое детей. В 29 лет обнаружены язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гастрит. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной. Эти отношения приняли двойственный характер: больного постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда он был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, то решил сохранить прежнюю семью. С этого времени дом стал раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене, хотя больной понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Стал больше времени уделять работе, что не приводило к хорошим результатам. Появились повышенная утомляемость, неприятные ощущения в области сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Витаминотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Ноотропы 5. Коронаролитические средства.

Ответ: 5

**Задача № 25**

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

**Задача № 26**

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентено. ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам. Психика – без особенностей Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры, ЯМРТ головного мозга – опухоль.

 Возможная терапия: 1. Карбамазепин 2. Депакин 3. Хирургическое вмешательство

4. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины 5. Все перечисленное

Ответ: 3

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Для смягчения истерической аффективности специалисты чаще всего рекомендуют |
| А | аминазин |
| Б | галоперидол |
| В | мелипрамин |
| Г | сиднокарб |
|  |  |
| 2 | С точки зрения Консторума психагогическая работа с истеричными в значительной мере бесплодна во всех случаях, исключая |
| А | при отчетливой душевной незрелости; заметной ювенильности |
| Б | в некоторых, очень редких случаях "дегенеративной истерии" |
| В | во всех случаях интеллектуальной недостаточности |
| Г | где бессилие служит конкретным установкам больных, сделавшись испытанным средством достижения цели |
|  |  |
| 3 | Консторум полагает, что истеричные перевоспитываются, прежде всего |
| А | деятельностью, трудом |
| Б | внушением в бодрствующем состоянии |
| В | гипносуггестивным воздействием |
| Г | психоанализом Фрейда |
|  |  |
| 4 | Неустойчивые психопаты (по Ганнушкину) |
| А | душевно неглубоки, но часто милые собеседники |
| Б | склонны к дисфорическим взрывам |
| В | душевно холодны |
| Г | горячи душой |
|  |  |
| 5 | Хронический алкоголизм на неустойчивой личностной почве |
| А | чаще протекает злокачественно |
| Б | обычно протекает вяло, малопрогредиентно |
| В | возникает преимущественно в среднем возрасте |
| Г | имеет обычно хороший прогноз в случае квалифицированного лечения |
|  |  |
| 6 | Антисоциальные психопаты (по Ганнушкину) часто бывают |
| А | злобными, жестокими, холодными резонерами, сластолюбцами |
| Б | синтонно-дефензивными, утонченно-аутистическими |
| В | застенчивыми и тревожными |
| Г | навязчиво-совестливыми, ананкастическими |
|  |  |
| 7 | Антисоциальную психопатию (по Ганнушкину) следует дифференцировать прежде всего |
| А | с шизоидной психопатией и шизофренией |
| Б | с психастенической психопатией |
| В | с ананкастической психопатией |
| Г | с циклоидной психопатией |
|  |  |
| 8 | Патологическое развитие личности (по Ганнушкину) |
| А | слагается из ряда реакций |
| Б | есть одна из форм патологического процесса |
| В | обнаруживается в легких, обратимых изменениях личности |
| Г | это все равно, что затянувшаяся фаза |
|  |  |
| 9 | Конституциональное развитие (по Ганнушкину) опирается в основном |
| А | на личность |
| Б | на длительность действия психической травмы |
| В | на характер психической травмы |
| Г | на картину психотравмирующей ситуации |
|  |  |
| 10 | Основным фактором, обусловливающим обсессивное развитие, является (по Ганнушкину) |
| А | естественный резкий страх, закрепляющийся в силу ряда причин |
| Б | ананказмы |
| В | патологические сомнения |
| Г | эпитимный склад личности |

**ВАРИАНТ № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Признание больных невменяемыми возможно |
| А | при шизофрении в форме психоза или с выраженными изменениями личности |
| Б | при стойкой ремиссии после психотического приступа без выраженных личностных изменений |
| В | в доманифестный период болезни в случае наличия форпост-симптомов |
| Г | только в случаях злокачественной шизофрении |
|  |  |
| 2 | Судебно-психиатрическая оценка дееспособности больных шизофренией в связи с совершением тех или иных юридических актов основана на всем перечисленном, кроме |
| А | факта имевшихся в прошлом психотических состояний |
| Б | трудовой адаптации больных |
| В | социальной адаптации больных |
| Г | частоты и характера приступов в течение болезни |
|  |  |
| 3 | Наибольшая частота дебютов шизофрении характерна |
| А | для подросткового возраста |
| Б | для среднего возраста |
| В | существенных возрастных различий нет |
| Г | для дошкольного возраста |
|  |  |
| 4 | Атипия проявлений шизофрении, обуславливающая большие диагностические трудности, характерна |
| А | для подросткового возраста |
| Б | для дошкольного возраста |
| В | для раннего возраста |
| Г | для среднего возраста |
|  |  |
| 5 | Выявление шизофрении становится возможным |
| А | в любом возрасте |
| Б | в среднем возрасте |
| В | в подростковом возрасте |
| Г | в дошкольном возрасте |
|  |  |
| 6 | Ремиссия при шизофрении определяется психопатоподобным поведением с чертами аутизма, остаточными навязчивостями, психическим инфантилизмом. Начало заболевания в этом случае можно отнести |
| А | к дошкольному возрасту |
| Б | к младшему пубертатному возрасту |
| В | к среднему пубертатному возрасту |
| Г | к старшему пубертатному возрасту |
|  |  |
| 7 | В структуре дефекта при шизофрении наряду с апатическим состоянием и нарушением контактов отмечается психический дизонтогенез с олигофреноподобной картиной. Начало заболевания в этом случае относится |
| А | к раннему возрасту |
| Б | к подростковому возрасту |
| В | к младшему школьному возрасту |
| Г | к дошкольному возрасту |
|  |  |
| 8 | Манифест шизофрении со злокачественным (прогредиентным) течением наиболее часто отмечается |
| А | в юношеском возрасте |
| Б | в младшем школьном возрасте |
| В | в пубертатном возрасте |
| Г | в раннем детском возрасте |
|  |  |
| 9 | У ребенка эмоциональная ограниченность, обеднение контактов и интересов, психическая ригидность сочетаются с подозрительностью, недоверчивым, враждебным отношением к близким и окружающим людям. Это характерно |
| А | для шизофрении с непрерывно-прогредиентным течением |
| Б | для вялотекущей шизофрении |
| В | для ремиттирующей шизофрении |
| Г | для шубообразной шизофрении |
|  |  |
| 10 | У подростка эмоциональная лабильность, стремление к независимости с негативизмом к лицам из ближайшего окружения - семья, учителя; повышенный интерес к своему психическому и физическому Я. Данная клиническая картина может быть определена как |
| А | психические особенности пубертатного возраста |
| Б | психогенное заболевание |
| В | дебют аффективного эндогенного заболевания |
| Г | дебют шизофрении в пубертатном возрасте |

**ВАРИАНТ № 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Динамику изготовления и потребления алкоголя в мире отражают данные: |
| А | о потреблении алкоголя населением конкретного региона |
| Б | о потреблении алкоголя на душу населения в мире |
| В | о производстве алкоголя на душу населения за определенный период времени в отдельных регионах мира |
| Г | ВОЗ о производстве алкоголя на душу населения в мире |
|  |  |
| 2 | Уголовная ответственность предусматривается за: |
| А | потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания |
| Б | содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств |
| В | нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств |
| Г | незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств |
|  |  |
| 3 | К сложной мании относятся: |
| А | мания с онейроидом |
| Б | дурашливая мания |
| В | веселая мания |
| Г | спутанная мания |
|  |  |
| 4 | К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: |
| А | патологический аффект |
| Б | патологические просоночные состояния |
| В | сумеречные состояния |
| Г | патологическое опьянение |
|  |  |
| 5 | Ретроградная амнезия характеризуется: |
| А | выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию |
| Б | отсутствием памяти на текущие события |
| В | выпадением из памяти событий периода, следовавшего непосредственно после выхода из бессознательного состояния |
| Г | фрагментарной утратой памяти |
|  |  |
| 6 | Антероградная амнезия характеризуется |
| А | утратой воспоминаний на период, непосредственно следовавший за выходом из бессознательного состояния |
| Б | утратой воспоминаний на период бессознательного состояния и период предшествовавший ему |
| В | правильное поведение в запамятованном периоде |
| Г | потерей способности к запоминанию после данной амнезии |
|  |  |
| 7 | Сенестопатии это: |
| А | необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией |
| Б | локализованные неприятные, тягостные ощущения |
| В | тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела |
| Г | тягостные болевые ощущения в утраченной конечности |
|  |  |
| 8 | Малый истерический припадок характеризуется состоянием, при котором наблюдаются: |
| А | приступы рыдания, хохота |
| Б | массивная тоническая судорога с изгибанием тела в дугу |
| В | внезапная потеря сознания |
| Г | тонические и клонические судороги |
|  |  |
| 9 | Бредовое настроение: |
| А | предшествует «кристаллизации бреда» |
| Б | сопровождает бред на всем протяжении |
| В | выражает суть бредового синдрома |
| Г | возникает после редукции бредовых переживаний |
|  |  |
| 10 | К кататимному бреду относятся: |
| А | бред самообвинения, виновности |
| Б | бред отравления |
| В | бред интерметаморфозы |
| Г | бред преследования |

**ВАРИАНТ № 4**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Структуру приступа периодической шизофрении у подростков определяют все перечисленные расстройства, кроме |
| А | церебрастенических |
| Б | кататонических |
| В | сомато-вегетативных |
| Г | аффективных |
|  |  |
| 2 | Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме |
| А | прогрессивного паралича |
| Б | симптоматических психозах |
| В | эпилепсии |
| Г | маниакально-депрессивного психоза |
|  |  |
| 3 | Маниакальные синдромы развиваются при всех перечисленных заболеваниях, кроме |
| А | неврозов |
| Б | органических заболеваний головного мозга |
| В | эпилепсии |
| Г | шизофрении |
|  |  |
| 4 | Основными характеристиками маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, кроме |
| А | усложнения психопатологической структуры |
| Б | отсутствия личностных изменений |
| В | периодичности течения |
| Г | фазного характера течения |
|  |  |
| 5 | Понятие циркулярности включает |
| А | течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз |
| Б | обязательную повторяемость фаз одного знака |
| В | обязательное возникновение полярных фаз |
| Г | правильное чередование полярных фаз |
|  |  |
| 6 | Вариантами течения маниакально-депрессивного психоза являются все перечисленные, кроме |
| А | приступообразно-прогредиентного типа |
| Б | континуального типа течения |
| В | течения сдвоенными и строенными фазами |
| Г | биполярного |
|  |  |
| 7 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая |
| А | идеи переоценки |
| Б | идеи самообвинения |
| В | наличие депрессивной триады |
| Г | депрессивную анестезию |
|  |  |
| 8 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, кроме |
| А | оптимистического содержания мыслей |
| Б | чувства тревоги |
| В | депрессивной анестезии |
| Г | бессонницы |
|  |  |
| 9 | Для выраженной депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая |
| А | идеи осуждения |
| Б | суицидальные мысли |
| В | отсутствие аппетита |
| Г | витальный характер депрессии |
|  |  |
| 10 | К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме |
| А | ступорозных депрессий |
| Б | слезливых депрессий |
| В | депрессии с идеями самообвинения |
| Г | тревожных депрессий |

**ВАРИАНТ № 5**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме |
| А | уровня культуры населения |
| Б | экологических факторов среды |
| В | качества и доступности медицинской помощи |
| Г | безопасных условий труда |
|  |  |
| 2 | Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме |
| А | органа управления здравоохранением |
| Б | фонда медицинского страхования |
| В | страховой организации |
| Г | медицинского учреждения |
|  |  |
| 3 | В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме |
| А | организации добровольного медицинского страхования |
| Б | видов платных медицинских услуг |
| В | дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста |
| Г | стоимости различных видов медицинской помощи |
|  |  |
| 4 | Основными Задача №ми поликлиники являются все, кроме |
| А | организации работ по пропаганде здорового образа жизни |
| Б | лечебно-диагностического обслуживания населения |
| В | профилактической работы |
| Г | экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |
| 5 | Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме |
| А | нормирования деятельности врачей |
| Б | анализа интенсивности потока больных по времени |
| В | правильной организации графика приема врачей |
| Г | четкой работы регистратуры |
|  |  |
| 6 | Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме |
| А | организации специализированной медицинской помощи |
| Б | оказания своевременной терапевтической помощи |
| В | организации госпитализации больных |
| Г | проведения экспертизы временной нетрудоспособности |
|  |  |
| 7 | Структура больничных учреждений РФ включают все типы больниц, кроме |
| А | больницы восстановительного лечения |
| Б | центральной районной больницы |
| В | городской многопрофильной больницы |
| Г | сельской участковой больницы |
|  |  |
| 8 | Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме |
| А | социального страхования беременной женщины и женщины-матери |
| Б | заботы о здоровье матери и ребенка |
| В | обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав |
| Г | обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей |
|  |  |
| 9 | В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все критерии, кроме |
| А | показателей рождаемости |
| Б | оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального |
| В | достаточной функциональной и социальной адаптации |
| Г | высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям |
|  |  |
| 10 | Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются |
| А | перинатальная смертность |
| Б | неонатальная смертность |
| В | постнеонатальная смертность |
| Г | ранняя неонатальная смертность |

**ФЕДАРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра психиатрии и наркологии**

**Направление подготовки специальность: 31.08.22 Психотерапия**

**Дисциплина «Социальная психиатрия»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №5 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Предмет социальной психиатрии
2. Средовые факторы и психическое здоровье пожилых

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная Задача № 26

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии, профессор В.А.Дереча

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | **ПК-1:** готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укреплениездоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновенияи (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человекафакторов среды его обитания | **Знать** влияние патогенных социальных факторов на развитие стрессовых, соматоформных, наркологических, органических и эндогенных психических заболеваний. |  Вопросы № 1-46Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** диагностировать участие социальных факторов в психической патологии, определять признаки их конкретного проявления и находить способы их дезактуализации. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| **Владеть** методами профилактики психических расстройств, обусловленных социальными факторами. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| 2 | **ПК-8:** готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментознойтерапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации | **Знать** позитивные социальные факторы, способствующие здоровью и восстановлению при болезнях. |  Вопросы № 1-46Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь с**планировать дифференцированные программы социальной реабилитации больных разного профиля. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| **Владеть** навыками применения различных социальных факторов в лечебной и реабилитационной практике. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| 3 | **ПК-9:** готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих | **Знать** социальные факторы, влияющие на индивидуальное и общественное здоровье населения. |  Вопросы № 1-46Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** определять особенности межличностных отношений, поведения и образа жизни у отдельных лиц, в различных группах людей. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| **Владеть** навыками психологического консультирования, чтения популярных лекций, проведения санитарно-просветительской работы. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| 4 | **ПК-10:** готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | **Знать** историю возникновения и развития социальной психиатрии; роль социальных факторов психическом здоровье и в психических расстройствах; основные направления социальной психиатрии и социальные аспекты организации психиатрической помощи. |  Вопросы № 1-46Тесты варианты №1-5 |
| **Уметь** определять роль социальных и чрезвычайных факторов в возникновении, клинике и профилактике психических расстройств у различных категорий населения; в возникновении зависимостей личности, деструктивного поведения и аномального поведения (сексуального, пищевого, игрового, асоциального и др); возникновении стрессовых расстройств и стойких (инвалидизирующих) психолого-психиатрических последствий. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |
| **Владеть** диагностическими профилактическими, психокоррекционными, реабилитационными и организационными методами социальной психиатрии. | Практические заданияСитуационные задачи №1-26 |