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 «Психотерапия в наркологии»**

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-5 -** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

**ПК-6 -** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинской помощи.

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 Психологические, биологические и социальные основы аддикций и их профилактика**

**Тема 1** *Психологические, биологические и социальные основы аддикций и их профилактика*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Личность в психологии мотивации.
2. Проблемы поведения и деятельности в отечественной психологии.
3. Суицидальное поведение и аутодеструктивизм.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Нарушение обмена липидов при интоксикации алкоголем обусловлено: |
| А | перекисным окислением их и мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| Б | нарушением всасывания их в желудочно-кишечном тракте и мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| В | перекисным окислением их, нарушением всасывания их в желудочно-кишечном тракте, мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| Г | перекисным окислением их |
|  |  |
| 2 | Нарушение обмена аминокислот при интоксикации алкоголем имеет тенденцию к: |
| А | нарушению всасывания их в желудочно-кишечном тракте, транспорта их во внутренние органы и метаболизма в печени и головном мозге |
| Б | нарушению их всасывания в желудочно-кишечном тракте и транспорта их во внутренние органы |
| В | нарушению метаболизма их в печени и головном мозге и транспорта их во внутренние органы |
| Г | нарушению всасывания их в желудочно-кишечном тракте и метаболизма их в печени и головном мозге |
|  |  |
| 3 | Нарушение углеводного обмена при интоксикации алкоголем характеризуется: |
| А | подавлением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| Б | увеличением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| В | подавлением потребления глюкозы клетками, повышением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| Г | подавлением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и ускорением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
|  |  |
| 4 | Патогенетические механизмы формирования зависимости от алкоголя обуславливаются: |
| А | нарушением обмена гистамина |
| Б | нарушением обмена серотонина |
| В | нарушением обмена катехоламинов |
| Г | деградацией системы эндогенного синтеза ацетальдегида и этанола |
|  |  |
| 5 | С начала 90-х годов число больных наркоманиями: |
| А | возрастает за счет группы больных, употребляющих кустарно приготовленные наркотические вещества |
| Б | возрастает за счет группы больных, употребляющих лекарственные наркотические вещества |
| В | уменьшается за счет группы больных, употребляющих кустарно приготовленные наркотические вещества |
| Г | уменьшается за счет группы больных, употребляющих лекарственные наркотические вещества |
|  |  |
| 6 | К медицинским и социальным последствиям злоупотребления ПАВ относятся: |
| А | убытки по бюджету здравоохранения |
| Б | большое число преступлений |
| В | сокращение продолжительности жизни |
| Г | большое число суицидов |
|  |  |
| 7 | 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 |
|  |  |
| 8 | 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 |
|  |  |
| 9 | К сложной мании относятся: |
| А | мания с онейроидом |
| Б | дурашливая мания |
| В | веселая мания |
| Г | спутанная мания |
|  |  |
| 10 | К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: |
| А | патологический аффект |
| Б | патологические просоночные состояния |
| В | сумеречные состояния |
| Г | патологическое опьянение |

**Ситуационные задачи**

**Задача № № 1**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживается. Бредовых идей не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: зависимостью от каких средств (препаратов) страдает пациент: 1. Злоупотребление транквилизаторами 2. Кокаиновая наркомания 3. Злоупотребление седативно-снотворными средствами, барбитуратами 4. Морфинизм, опийная наркомания 5. Наркомания, вызванная препаратами из эфедрина.

Ответ: 4

**Задача № № 2**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спец.отряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Алкоголизм 4. Умственная отсталость 5. Реактивный психоз.Ответ: 3

**Задача № № 3**

Больной А., 19 лет, поступил в клинику днем в дремотном состоянии. Речь была невнятной, «смазанной». Реакция на внешние раздражители, в том числе и болевые, резко снижена. Зрачки сужены, АД 90/55. Тахикардия. Пульс нитевидный. Не помнил, как доставлен в клинику. К вечеру состояние резко изменилось. Появилось двигательное беспокойство. Жаловался на сильные боли в мышцах, непреодолимые головные боли. Появилось слезотечение, насморк, чихание, потливость, расширение зрачков. Температура поднялась до 39,5 С. АД 160/110. Пульс 102 уд. Отмечался большой судорожный припадок.

Вопрос: Какой наркотик был употреблен А.? 1. Кокаин 2. Каннабиоиды 3. Опиаты 4. Амфетамин 5. Циклодол

Ответ: 3

**Задача № № 4**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых суждений не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) и его продолжительности зависят от: 1. Вида наркомании 2. Темпа наркотизации 3. Употребляемых доз наркотика 4. Способа введения наркотика 5. Всего вышеперечисленного

Ответ: 5

**Вопросы для подготовки:**

1. Личность в психологии мотивации
2. Социальные мотивы личности
3. Организация поведения и проблемы поведения и деятельности в отечественной психологии
4. Социальное научение личности и поведенческий анализ
5. Критерии нормального нормативного («стандартного») поведения
6. Психология отклоняющегося поведения
7. Социальная дезадаптация
8. Суицидальное поведение и аутодеструктивизм
9. Делинквентное поведение
10. Аддиктивное поведение. Определение.
11. Общая характеристика и степени выраженности зависимости личности
12. Происхождение зависимости и её личностные смыслы
13. Страсть к азартным играм
14. Отклоняющееся поведение в форме импульсивных влечений
15. Сексуально - любовные девиации
16. Отклоняющееся поведение, связанное с сексуальным развитием и ориентацией
17. Девиация половой идентификации
18. Транссексуальная девиация
19. Трансвестизм двойной роли
20. Девиации сексуальных влечений (парафилии – отклонения в сексуальном предпочтении)
21. Девиации по объекту сексуального влечения
22. Девиации сексуального влечения по способу его удовлетворения
23. Отклоняющееся пищевое поведение
24. Нервная анорексия
25. Нервная булимия

**Модуль 2 Симптомы, синдромы и психопатологические состояния при алкоголизме, наркоманиях и нехимических аддикциях**

**Тема 1** *Семиология зависимостного поведения*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Биопсихосоциальные основы формирования зависимостей.
2. Личностные смыслы и мотивы зависимого поведения.
3. Зависимое развитие личности и созависимости.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Ведущими звеньями патогенеза наркоманий являются: |
| А | нарушения функций катехоламиновой системы, перестройка опиатных рецепторов |
| Б | нарушения обмена гистамина |
| В | нарушения обмена пролактина |
| Г | нарушения в системе транспорта ионов кальция |
|  |  |
| 2 | О роли эйфории в формировании наркомании свидетельствуют |
| А | увеличение дозы наркотика, введение наркотика наиболее эффективным путем |
| Б | питье холодной воды во время интоксикации наркотиком |
| В | применение нейролептиков для усиления действия наркотика |
| Г | питье горячей воды во время интоксикации наркотиком |
|  |  |
| 3 | В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат: |
| А | нарушения обмена норадреналина, дофамина и серотонина, нарушения структуры специфических рецепторов мозга |
| Б | нарушения обмена пролактина |
| В | повышение активности холинэстеразы и снижение концентрации мозгового ацетилхолина |
| Г | торможение высвобождения гистамина |
|  |  |
| 4 | Одним из ведущих патогенетических механизмов синдрома психической зависимости от наркотика является нарушение обмена норадреналина, приводящее к: |
| А | психическому дискомфорту и падению общего тонуса, снижению работоспособности |
| Б | повышению АД и общему плохому самочувствию |
| В | психическому комфорту и повышению общего тонуса |
| Г | повышению работоспособности |
|  |  |
| 5 | Особенности формирования зависимости от ПАВ у лиц с психическими нарушениями зависят: |
| А | от прогредиентности психического заболевания; от этапа течения психического заболевания |
| Б | от поло-возрастных характеристик |
| В | от выраженности признаков перинатальной и ранней постнатальной патологии |
| Г | от уровня интеллектуального развития |
|  |  |
| 6 | Облигатными факторами риска развития наркоманий у девочек являются: |
| А | доступность наркотика; общение с наркоманами |
| Б | соматическая отягощенность |
| В | наследственная отягощенность алкоголизмом и наркоманиями |
| Г | психический инфантилизм |
|  |  |
| 7 | Из перечисленных определений преморбидного статуса подростка-наркомана наиболее вероятным следует считать: |
| А | задержку психического развития |
| Б | снижение волевой сферы |
| В | психопатию |
| Г | дисгармонический психический инфантилизм |
|  |  |
| 8 | Для синдрома физической зависимости у подростков наиболее характерно: |
| А | практически одновременное появление его с состоянием отмены;выражение компульсивного влечения преимущественно психопатологическими расстройствами |
| Б | наличие вегетативных расстройств; |
| В | появление специфических расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы |
| Г | обилие парестезии |
|  |  |
| 9 | Способность достижения физического комфорта в интоксикации свидетельствует о том, что после формирования физической зависимости: |
| А | удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации |
| Б | появилась возможность подавления влечения к данному наркотику другим наркотиком |
| В | уровень интоксикации не адекватен глубине физической зависимости |
| Г | удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен при интоксикации любым наркотиком |
|  |  |
| 10 | Формирование состояния отмены свидетельствует о становлении: |
| А | синдрома физической зависимости; средней стадии наркомании |
| Б | начальной стадии наркомании |
| В | конечной стадии наркомании |
| Г | синдрома измененной реактивности |

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические при­падки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после кото­рого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следую­щим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере? 1. Насильственные стереотипные мысли 2. Чувство уже пережитого 3. Эпигастральная аура 4. Зрительные галлюцинации 5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

**Задача № 2**

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Больна с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом: 1. Астенический 2. Ипохондрический 3. Вегетативных нарушений 4. Психического инфантилизма 5. Депрессивный.

Ответ: 4

**Задача № 3**

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно: 1. Бессонница 2. Тревога 3. Гипотимия 4. Лиссотофобия (страх сойти с ума) 5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

**Задача № 4**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Онейроидный 2. Делириозный 3. Аментивный 4. Сумеречного помрачения сознания 5. Оглушение.

Ответ: 2

**Задача № 5**

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: укажите ведущий синдром: 1. Ипохондрический 2. Обсессивно-фобический 3. Апато-абулический 4. Астенический 5. Кататонический.

Ответ: 2

**Задача № 6**

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при неспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Психастенический 2. Фобический 3. Истерический 4. Маниакальный 5. Психоорганический.

Ответ: 1

**Задача № 7**

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Фобический 3. Кататонический 4. Апато-абулический 5. Психоорганический.

Ответ: 2

**Задача № 8**

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Истерический 2. Астенический 3. Фобический 4. Психоорганический 5. Маниакальный.

Ответ: 3

**Задача № 9**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной 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 ведущий синдром: 1. Церебрастенический 2. Ипохондрический 3. Обсессивно-фобический 4. Психопатоподобный 5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

**Задача № 10**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром? 1. Астенический 2. Детских страхов 3. Детского аутизма 4. Псевдогаллюцинации 5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

**Задача № 11**

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 № 12**

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 № 13**

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 № 14**

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 № 15**

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

**Вопросы для подготовки:**

1. Психология зависимостного развития личности и созависимостей
2. Алкоголизм как разновидность зависимости от психоактивных веществ
3. Этапы формирования алкогольной зависимости
4. Алкоголизм как общесоматическое заболевание
5. Определение наркоманий и токсикоманий
6. Мотивы употребления наркотиков
7. Основные симптомы нарко- и токсикомании
8. Опасность наркоманий и токсикомании
9. Формы и методы организации профилактической работы
10. Основы первичной позитивной наркопрофилактики
11. Личностные изменения при зависимостях от ПАВ
12. Социально-психологические подходы к наркопрофилактике
13. Первичная наркопрофилактика путём коррекции школьной дезадаптации
14. Первичная наркопрофилактика путем коррекции личностной уязвимости
15. Первичная наркопрофилактика с помощью психологического иммунитета
16. Медицинское направление в первичной наркопрофилактике
17. Личностные изменения при игровой зависимости
18. Личностные изменения при трудоголизме
19. Личностные изменения при любовных и сексуальных аддикциях
20. Личностные изменения при интернет - зависимости

**Модуль 3 Психотерапевтические методы лечения химических и нехимических зависимостей**

**Тема 1** *Психотерапия химических зависимостей*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Реконструкция личности при химических зависимостях.
2. Гипносуггестивные методы лечения зависимостей.
3. Ремиссии, срывы и рецидивы при зависимостях. Психотерапия и психокоррекция.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К этапным терапевтическим установкам, формируемым при лечении больных с зависимостью от ПАВ относятся: |
| А | установка на получение помощи и лечение; установка на трезвость |
| Б | установка на конфронтацию с потребителями ПАВ |
| В | установка на достижение нейтральных социальных целей |
| Г | установка на самоограничение |
|  |  |
| 2 | Этапные терапевтические установки, формируемые у больных с зависимостью от ПАВ в процессе психотерапии: |
| А | взаимосвязаны и взаимообусловлены; обсуждаются в ходе лечения |
| Б | автономны |
| В | невербализуемы |
| Г | амбитендентны |
|  |  |
| 3 | Различают следующие формы эмоционального стресса: |
| А | генерализованную |
| Б | импульсивную |
| В | тормозную |
| Г | интерактивную |
|  |  |
| 4 | Лица с зависимостью от алкоголя (алкоголизмом) рассматривались в психоанализе: |
| А | как обладатели орального характера; как носители гомосексуальных тенденций |
| Б | как обладатели комплекса Электры |
| В | как гетеродеструктивные личности |
| Г | как псевдоальтруисты |
|  |  |
| 5 | Стадиями психосексуального развития в психоанализе являются: |
| А | фаллическая, анальная |
| Б | фобическая |
| В | генетическая |
| Г | телесная |
|  |  |
| 6 | Оперантное обуславливание в поведенческой психотерапии включает: |
| А | схему «стимул – реакция», зависимость поведения от ожидаемых результатов |
| Б | анализ ценностных ориентации |
| В | помощь пациенту с расстройствами внутрипсихической ориентировки |
| Г | развитие рефлексии |
|  |  |
| 7 | К способам определения внушаемости не относятся: |
| А | метод реципрокного торможения |
| Б | метод «падения назад и вперед» |
| В | метод «падения назад и вперед»; |
| Г | метод «магнита» |
|  |  |
| 8 | Возникновение гипнотического состояния не сопровождается:  |
| А | учащением пульса, усилением перистальтики |
| Б | снижением артериального давления |
| В | урежением ритма дыхания |
| Г | снижением мышечного тонуса |
|  |  |
| 9 | По А. Форелю в гипнотическом состоянии определяются стадии: |
| А | сомнамбулизма |
| Б | легкого гипноза |
| В | гипотаксии |
| Г | автоматического письма |
|  |  |
| 10 | К осложнениям гипнотерапии не относятся: |
| А | снижение чувствительности |
| Б | истерический припадок |
| В | амнезия гипногического состояния |
| Г | спонтанный сомнамбулизм |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Врач психиатр-нарколог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками. Оговорив все необходимые условия предварительно по телефону с заместителем директора по воспитательной работе, врач приготовился к проведению беседы-тренинга с небольшой – в 8-10 человек группой подростков с признаками девиантного поведения. Но, придя в школу, врач извещен о том, что «для него собрали как можно больше детей – школьников всех старших классов, более 120 человек». Врач отказался работать с такой аудиторией, фактически сорвав мероприятие и заявив, что ответственность за это несёт заместитель директора по воспитательной работе.

Вопросы:

1. Имел ли право врач отказываться от проведения фактически подготовленного мероприятия?
2. Несет ли на самом деле какую-либо ответственность за мероприятие по наркопрофилактике в школе кто-либо из администраторов?
3. Какие основания были у врача для отказа проводить мероприятие? Какие именно негативные последствия возможны были в случае проведения врачом «лекции» для 120 школьников?
4. Была ли возможность у врача избежать подобного инцидента и поступить как-либо иначе
* а) на этапе подготовки мероприятия;
* б) непосредственно при появлении его в школе?

**Задача №2**

Во время урока в девятом классе преподавательница географии обратила внимание на то, что один из учеников «ведёт себя странно: всё время почёсывается, суетится и позволяет себе бестактные реплики». Публично высказав предположение, что тот находится в состоянии одурманивания, преподавательница потребовала от ученика, чтобы он «сходил в наркологический кабинет - провериться и принести справку».

Вопросы:

1. Имеет ли право преподаватель общеобразовательного учреждения требовать от ученика справку о наличии состояния одурманивания?
2. Достаточно ли перечисленных признаков, чтобы предполагать у подростка состояние одурманивания?
3. Что именно обязан предпринять учитель школы при наличии несомненных признаков употребления подростком психоактивных веществ?
4. В каких случаях появление подростка в школе в состоянии одурманивания является экстремальной ситуацией, то есть требующей от педагога неотложных действий и приостановления его основных запланированных дел?

**Задача №3**

Врач психиатр-нарколог получает телефонное сообщение о готовящемся мероприятии с его предположительным участием – районная комиссия по делам несовершеннолетних с помощью инспекции по профилактике правонарушений РОВД приглашает большую группу (до 70 человек) молодых людей от 17 до 25 лет, ранее привлекавшихся к административной ответственности за правонарушения, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков. Врачу предлагается «выступить с лекцией о вреде алкоголя и наркотиков, чтобы все приглашенные прекратили злоупотребление и взялись за ум» (со слов одного из организаторов мероприятия).

Вопросы:

1. Может ли быть сколько-нибудь эффективным подобное мероприятие, что именно антипрофилактичного может заключаться в такой работе?
2. Стоит ли отказаться врачу от участия в этом мероприятии, фактически сорвав его (в очередной раз…), учитывая, что до него есть ещё время – около недели?
3. Зная о том, что подобные мероприятия планируют и организовывают чиновники, то есть люди имеющие право чего-то не знать из особенностей наркопрофилактики, имеет ли врач права и возможности донести до них необходимые знания?
4. В случае, если на этапе подготовки донести нужную информацию до организаторов не удается, какой подход и какие методики врач может применить, дабы максимально снизив антипрофилактичный эффект, добиться цели?

**Задача №4**

К врачу психиатру-наркологу обратилась мать подростка 13 лет с просьбой «закодировать его от алкоголизма для профилактики». В беседе с ней врач выяснил, что признаков злоупотребления психоактивными веществами у подростка нет, но отец ребёнка, а так же оба деда злоупотребляли алкоголем, сам подросток перенес менингит в 6 лет и два года назад получил черепно-мозговую травму.

Вопросы:

1. Выяснив, что показаний для лечения наркологического заболевания у подростка нет, можно ли считать оправданным беспокойство матери ?
2. Меры первичной, вторичной или третичной наркопрофилактики в данном случае должны применяться?
3. Какая модель наркопрофилактики преимущественно должна применяться в отношении этого подростка?
4. Учитывая, что в основе метода «кодирования» А.Р.Довженко, как и в понимании этого термина большей частью населения является запрет, для данного подростка, зная, что ему 13 лет, можно ли применять запретительно-предупредительные профилактические методики?

**Задача №5**

Во время школьной дискотеки группа старшеклассников после распития спиртных напитков спровоцировала массовую драку с гостями, приглашенными из соседнего кадетского корпуса. Ответственный дежурный педагог безуспешно пыталась дозвониться до наркологического кабинета и инспекции по делам несовершеннолетних. За это время другие школьники успели разнять дерущихся и развести их по домам.

Вопросы:

1. Оправдан ли вызов нарколога в школу в случае массового употребления алкоголя подростками?
2. Как должен поступать дежурный педагог в подобных случаях?
3. С какой целью и когда должен привлекаться врач нарколог в данном случае?
4. Чем, кроме травм и несчастных случаев может осложниться употребление - особенно групповое и массовое – психоактивных веществ подростками во время досуговых мероприятий в школе?

**Задача №6**

К врачу психиатру-наркологу обратилась социальный педагог с просьбой помочь ей организовать лекции-экскурсии в анатомический музей всех классов её школы для профилактики курения и употребления алкоголя. Подобную идею ей предложили коллеги, узнав о том, что «вид анатомических препаратов производит на детей и подростков большое впечатление».

Вопросы:

1. Надо ли наркологу участвовать в организации подобного мероприятия именно для всех школьников?
2. Какие профилактические подходы и методики применимы и сколько-нибудь эффективны во время подобных экскурсий?
3. Для каких лиц и возрастных групп такие мероприятия неэффективны и даже противопоказаны?
4. Что нужно учитывать, кроме возраста и особенностей характера подростков при планировании подобных мероприятий?

**Задача №7**

Врач психиатр-нарколог приглашен в закрепленную за ним общеобразовательную школу для проведения профилактического мероприятия по плану, после предварительной договоренности о деталях по телефону с социальным педагогом. Для работы ему выделили отдельную учебную комнату и пригласили туда несколько подростков – шесть человек, мальчиков, учащихся десятых и одиннадцатых классов, ранее неоднократно замеченных в употреблении психоактивных веществ и привлекавшихся к административной ответственности за антиобщественные действия.

Вопросы:

1. Может ли врач строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики?
2. Насколько могут быть эффективными предупредительно-запретительные методики профилактической работы с данной группой подростков?
3. Какие действия должен предпринять врач для отслеживания эффективности своей профилактической работы с каждым из этих подростков?
4. Обязан ли врач психиатр-нарколог требовать согласия родителей подростков, замеченных в употреблении психоактивных веществ для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения?

**Задача №8**

Врач психиатр-нарколог приглашен в общеобразовательную школу для выступления перед родителями учащихся на общешкольном родительском собрании. Не имея достаточного опыта публичных выступлений и волнуясь, врач воспользовался заранее приготовленным текстом с тезисами своего выступления. Через несколько минут после начала его выступления в аудитории стали раздаваться возмущенные реплики различного содержания – от обвинения правительства («до чего страну довели»), до замечаний самому выступающему («готовиться надо было»). Фактически, лектору пришлось свернуть свое выступление раньше времени, не закончив мысль, в гуле возмущений.

Вопросы:

1. На каком этапе врач допустил ошибку – а) на этапе подготовки, согласившись выступать на общешкольном родительском собрании; б) не приготовившись достаточно хорошо, чтобы выступить без тезисов; в) во время выступления – не став отвечать на первые же реплики из зала?
2. Какой характер выступлений и в каких временных рамках профилактическая работа с родителями учащихся в условиях массовой аудитории может быть приемлемой?
3. Какие этапы переживает общество в отношении к наркологическим проблемам во время резкого роста заболеваемости наркоманией?
4. Каковы особенности подготовки профилактических мероприятий с родителями учащихся средних и старших классов?

**Вопросы для подготовки:**

1. Техника и практика суггестивной психотерапии химических зависимостей
2. Техника и практика психоаналитической психотерапии химических зависимостей
3. Техника и практика краткосрочных методик психодинамической психотерапии химических зависимостей
4. Техника и практика когнитивной психотерапии химических зависимостей
5. Техника и практика рационально-эмоциональной психотерапии химических зависимостей
6. Неоповеденческие методы психотерапии химических зависимостей
7. Техника и практика методов экзистенциально- гуманистической психотерапии химических зависимостей
8. Техника и практика клиент-центрированной психотерапии химических зависимостей
9. Техника и практика гештальт-терапии химических зависимостей
10. Техника и практика психодраматической психотерапии химических зависимостей

**Модуль 3 Психотерапевтические методы лечения химических и нехимических зависимостей**

**Тема 2** *Психотерапия нехимических зависимостей*

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

 защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Темы рефератов**

1. Игровые зависимости и их психотерапия.
2. Реабилитация больных с нехимическими зависимостями.
3. Различные формы нехимических зависимостей. Возможности психотерапии.

**Тестовый контроль**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | В отличие от групп пациентов с пограничными психическими расстройствами, стиль работы психотерапевта с группами пациентов, зависимых от ПАВ является |
| А | более авторитарным на начальных этапах |
| Б | более авторитарным на завершающих этапах |
| В | менее авторитарным |
| Г | нейтральным |
|  |  |
| 2 | Методика системной интервенции предназначена для: |
| А | формирования мотивации на участие в лечебном процессе; стимуляции нормативных личностных структур у пациентов |
| Б | применения санкций к больным, уклоняющимся от лечения |
| В | развития рефлексии |
| Г | тренинга социальных умений |
|  |  |
| 3 | Методика скрытой сенсибилизации предназначена для: |
| А | стимуляции желательного поведения; угашения нежелательного поведения |
| Б | заместительной терапии |
| В | развития личности |
| Г | тренинга родительско-детских отношений |
|  |  |
| 4 | Ассертивным является поведение: |
| А | учитывающее интересы всех участников взаимодействия |
| Б | дающее возможность управлять другими людьми |
| В | присущее большинству пациентов до развития болезни |
| Г | позволяющее добиться цели любой ценой |
|  |  |
| 5 | Суть поведенческого контракта заключается в: |
| А | структурировании образа жизни и социальных взаимодействий пациента; устранении болезненных форм поведения |
| Б | возможности получить работу |
| В | получении привилегий |
| Г | поступлении пациента на лечение |
| 6 | Одним из основных приемов психосинтеза (по Р. Ассаджиоли) является: |
| А | разотождествление |
| Б | отождествление |
| В | расформирование |
| Г | интроекция |
|  |  |
| 7 | К методам поведенческой психотерапии относится: |
| А | систематическая десенситизация, «угашение реакций» |
| Б | медитации |
| В | техника превращения |
| Г | эксплозия |
|  |  |
| 8 | Противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводят к возникновению: |
| А | неврастенических расстройств |
| Б | истерических расстройств |
| В | ипохондрических расстройств |
| Г | депрессивных расстройств |
|  |  |
| 9 | Понятие эмпатии включает в себя: |
| А | способности вчувствоваться в переживания другого человека; видения проблем «глазами иного человека» |
| Б | концентрации внимания на внешних формах поведения |
| В | интимный характер межличностных отношений |
| Г | интимный характер межличностных отношений |
|  |  |
| 10 | Гештальттерапия разработана: |
| А | Ф. Перлсом |
| Б | В. Франклом |
| В | Ж. Лаканом |
| Г | Я. Морено |

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Во время планового семинара с педагогами общеобразовательной школы врач психиатр-нарколог узнает об использовании некоторыми классными руководителями такой формы профилактической работы как «политинформация» в виде коллективного чтения газетных публикаций на темы о наркотиках и наркоманиях, причем, зачастую – без последующего обсуждения. «Ведь это же печатают в центральной прессе!» недоумевали педагоги на замечание врача.

Вопросы:

1. Что такое «профилактический материал» и в чем его отличие от публицистического или познавательного?
2. Перечислите основные требования к профилактическому материалу.
3. Может ли работа известных и уважаемых публицистов содержать в себе элементы антипрофилактичные и даже наркопропаганду? Возможно ли использование – осознанно или неосознанно – достоверных данных из медицинской специальной литературы как наркопропаганды?
4. Какова роль дальнейшего обсуждения после просмотра или зачитывания какого-либо профилактического материала?

**Задача №2**

Врач психиатр-нарколог на заседании городской комиссии по делам несовершеннолетних поднял вопрос о нецелесообразности проведения и организации кинолекториев в кинотеатрах с выступлениями врачей и последующим просмотром художественных фильмов «о наркоманах». Акция была предложена кинообъединением города, с акцентом на аргумент по поводу «накопления богатого материала о наркоманах и наркотиках».

Вопросы:

1. Какова на самом деле опасность проведения подобных массовых кинолекториев?
2. В чем именно состоит разница между целями хорошей режиссерской или журналистской работы и целями наркопрофилактики?
3. Возможно ли совпадение этих целей и отсутствие ореола романтики в художественном фильме «о наркомании»? Приведите примеры.
4. Какое звено является основным с точки зрения наркопрофилактики – непосредственно сам просмотр, комментарии специалиста или что-то ещё (обсуждение в группе, с педагогом, дискуссия и т.п.)?

**Задача №3**

Группа врачей психиатров-наркологов приглашена на конкурс самодеятельного творчества учащихся в общеобразовательную школу. На конкурсе предлагалось рассмотреть различные формы работы – от рисунков и карикатур, до рефератов, частушек, эстрадных миниатюр и видеосюжетов. Несколько педагогов, занимаясь подготовкой этого мероприятия в течение нескольких месяцев специально уделяли внимание побуждению самостоятельной активности и инициативы учащихся. По утверждению социального педагога школы, недавно прошедшей обучение основам первичной позитивной наркопрофилактики, во время подготовки мероприятия обязательно учитывались все аспекты возрастной психологии и принцип «не навреди».

Вопросы:

1. В чем преимущества и в чем опасности организованных мероприятий по наркопрофилактике и стихийного спонтанного творчества детей и подростков?
2. Насколько оправдана уверенность педагогов в соблюдении принципа «не навреди» при наличии конкурса частушек и карикатур?
3. Должна ли ограничиться деятельность врачей наркологов в данном мероприятии как «экспертно-судейская», или им стоит предложить внести изменения в планы, предложив свои услуги дополнительно? Если да – то какие именно?
4. Стоит ли предлагать педагогам отменить мероприятие как привлекающее внимание к алкоголю и наркотикам?

**Задача №4**

В городской комиссии по делам несовершеннолетних врачом психиатром-наркологом было внесено предложение об организации обучающих семинаров для педагогов общеобразовательных школ по вопросам наркопрофилактики с участием местных наркологов и преподавателей медицинской академии. Представитель управления образования высказал сомнения по поводу целесообразности таких семинаров, аргументировав это тем, что большинство педагогов уже прошли обучение по данным вопросам по линии Министерства Образования на выездных циклах. Врач продолжает настаивать на необходимости предлагаемых им семинаров, указав на отсутствие знаний и навыков у педагогов по оказанию первой медицинской помощи и поведению в экстремальных ситуациях, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Вопросы:

1. Обязан ли педагог общеобразовательной школы обладать знаниями и навыками медицинского характера по темам наркологии и неотложной медицинской помощи в условиях большого города?
2. Что такое экстремальные ситуации, связанные с употреблением психоактивных веществ и в чем их отличие?
3. Стоит ли на самом деле включать темы оказания первой доврачебной помощи и другие медицинские знания в программы обучения педагогов основам наркопрофилактики? Перечислите и взвесьте все аргументы «за» и «против».
4. Учитывая условия разделения полномочий медицинских и педагогических работников в сфере наркопрофилактики, определите общее поле ответственности и сотрудничества представителей разных ведомств.

**Задача №5**

На занятие с подростками из группы риска приглашен врач из наркологического диспансера. Врач психиатр-нарколог имеет также сертификат психотерапевта, но опыта работы с подростками у него практически нет. Несмотря на предложение провести интенсивный тренинг и применить глубокие интервенции, как он умеет это делать в отделении реабилитации со взрослыми наркологическими больными, врач ограничился лишь профилактической беседой с применением групповой дискуссии и обратной связи.

Вопросы:

1. Почему психотерапевт отказался от применения интенсивных психотерапевтических методик со школьниками?
2. Какие могут быть противопоказания к применению некоторых психотерапевтических методов во время профилактических мероприятий в школе?
3. Могут ли быть негативные последствия применения психотерапевтических методик и приемов во время профилактических мероприятий среди школьников?
4. В каких случаях применение методов психотерапии в рамках наркопрофилактики оправдано и эффективно?

**Задача №6**

В психологическую лабораторию наркологического диспансера по заданию администрации школы обратилась школьный психолог с целью приобретения специальных диагностических тестов, позволяющих «определить и выявить всех наркоманов в школе». С её слов, в школе уже предусмотрен план «дифференцированной профилактической работы - с благополучными учащимися и аргументированного избавления от девиантных».

Вопросы:

1. Может ли какое-либо психологическое диагностическое исследование быть основой для наркологического или психиатрического диагноза?
2. Вправе ли администрация общеобразовательного учреждения исключать учащегося из школы за употребление психоактивных веществ, тем более на основании психологического тестирования?
3. Какова на самом деле роль школьного психолога в наркопрофилактике и каковы возможности диагностических психологических исследований?
4. Целесообразно ли сотрудничество школьных психологов со специалистами из наркологического диспансера? Если да – то в каких вопросах и при каком разделении полномочий?

**Задача №7**

При проведении планового мониторинга наркоситуации в образовательных учреждениях города в рамках городской программы профилактики наркомании, токсикомании и алкоголизма среди несовершеннолетних, утвержденной Областным Советом по наркопрофилактике, директор школы потребовала от психологов наркологического диспансера, проводивших исследование поименных списков учащихся, предрасположенных к злоупотреблению психоактивными веществами. В противном случае она грозит запретить проведение исследования в своей школе.

Вопросы:

1. Имеет ли право директор школы ставить подобные условия специалистам наркологического диспансера и требовать поименные списки школьников из группы риска?
2. Какие реальные цели и задачи такого мониторинга?
3. Целесообразно ли проведение таких исследований анонимно, с указанием лишь возраста, пола и номера школы, где учится подросток?
4. Какие признаки усиливают и какие – значительно уменьшают достоверность психологических исследований в рамках такого мониторинга?

**Задача №8**

Во время плановой встречи с администрацией закрепленной школы и представителями родительского актива врачу психиатру-наркологу задали вопрос о том как можно помочь детям из семей, где родители злоупотребляют алкоголем и наркотиками, отказываются являться в школу на родительские собрания, а порой даже склоняют собственных детей и их сверстников к антиобщественным действиям и употреблению психоактивных веществ. Попытки представителей родительского актива и классных руководителей воздействовать на таких родителей натыкались на заявления типа «не имеете права, вы не милиция и не суд» и т.п.

Вопросы:

1. Если заданный вопрос не медицинского характера, обязан ли врач принимать участие в его решении?
2. Каковы реальные возможности комиссий по делам несовершеннолетних в решении подобных вопросов?
3. Участие представителей каких структур, кроме медицинских работников (не только наркологов) и педагогов необходимо для решения вопросов, указанных в задаче?
4. Нужно ли врачу наркологу работать с таким контингентом, как родительский актив, учитывая, что это, как правило, благополучные во всех вопросах родители благополучных детей? Если да – то в каких вопросах?

**Вопросы для подготовки:**

1. Техника и практика суггестивной психотерапии нехимических зависимостей
2. Техника и практика психоаналитической психотерапии нехимических зависимостей
3. Техника и практика краткосрочных методик психодинамической психотерапии нехимических зависимостей
4. Техника и практика когнитивной психотерапии нехимических зависимостей
5. Техника и практика рационально-эмоциональной психотерапии нехимических зависимостей
6. Неоповеденческие методы психотерапии нехимических зависимостей
7. Техника и практика методов экзистенциально- гуманистической психотерапии нехимических зависимостей
8. Техника и практика клиент-центрированной психотерапии нехимических зависимостей
9. Техника и практика гештальт-терапии нехимических зависимостей
10. Техника и практика психодраматической психотерапии нехимических зависимостей

**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. Психогигиена и психопрофилактика
2. Психопрофилактика в школе и ПТУ
3. Роль кабинетов профилактики наркологических диспансеров
4. Организации анонимных алкоголиков
5. Алкогольная позиция больного хроническим алкоголизмом и ее значение в профилактике и психотерапии алкоголизма
6. Формирование мотива трезвенничества – главная цель при лечении алкоголизма
7. Определение понятий «наркомания» и «зависимость», токсикомания
8. Роль социального фактора в возникновении наркомании
9. Система организации наркологической службы в Российской Федерации
10. Преемственность в работе наркологических учреждений
11. Диагностика причин и патогенеза психических расстройств у наркобольных
12. Психологическое консультирование в наркологии
13. Клиника алкоголизма. Определение понятия «алкоголизм»
14. Медицинские и социально-правовые вопросы
15. Алкогольная интоксикация. Простое алкогольное опьянение, его виды и экспертиза
16. Патологическое опьянение и его формы (эпилептоидная и параноидная). Судебно-психиатрическая экспертиза
17. Эпизодическое злоупотребление алкоголем. Привычное злоупотребление алкоголем
18. Определение понятия «хроническая алкогольная интоксикация» и «хронический алкоголизм»
19. История изучения алкоголизма. Этиология и патогенез алкоголизма
20. Этапы развития и типы течения хронического алкоголизма. Ремиссии и рецидивы
21. Патологическое влечение к алкоголю. Потеря контроля в употреблении алкоголя
22. Начальные проявления психических расстройств в связи с хроническим злоупотреблением алкоголем
23. Абстинентный похмельный синдром и его варианты
24. Типы изменения личности при хроническом алкоголизме (астенический, эксплозивный, истерический, шизоидный, синтонный, дистимический)
25. Алкогольная деградация личности
26. Изменение толерантности. Изменение характера запоев
27. Алкогольные полимпсесты. Амнестический синдром
28. Динамика соматических расстройств при алкоголизме
29. Особенности течения алкоголизма у женщин, у лиц пожилого возраста и подростков
30. Особенности алкоголизма в детском и юношеском возрасте
31. Психотерапия алкоголизма
32. Индивидуальные методы психотерапии алкоголизма
33. Коллективное и групповое лечение алкоголизма
34. Гипносуггестия алкоголизма
35. Эмоционально-стрессовая методика коллективной гипнотерапии алкоголизма (В.Е. Рожнов)
36. Рациональная (П. Дюбуа) и разъяснительная (В.М. Бехтерев) психотерапия в системе лечения алкоголизма
37. Сочетание разъяснения, внушения и самовнушения в системе лечения больных алкоголизмом
38. Эмоционально-стрессовая психотерапия в духе увлеченности. Антиалкогольный клуб
39. Современные направления в лечении алкоголизма (трансперсональная терапия, трансактный анализ и др.)
40. Место психоанализа при лечении алкоголизма
41. Семейная психотерапия при алкоголизме
42. Медикаментозное лечение больных алкоголизмом и психотерапия
43. Психотерапия наркомании и токсикомании
44. Клиника острого отравления наркотиками
45. Классификация наркомании
46. Рациональная психотерапия в наркологии
47. Косвенная психотерапия в наркологии
48. Групповая психотерапия в наркологии
49. Поведенческая психотерапия в наркологии
50. Определение понятия «токсикомания». Лекарственные вещества с морфиноподобным эффектом, с успокаивающим, седативным или гипнотическим эффектом
51. «Ингаляционная» токсикомания
52. Основные принципы лечения токсикомании
53. Психотерапия в комплексном лечении токсикомании
54. Аутогенная тренировка в наркологии
55. Гипносуггестивная психотерапия в наркологии
56. Эмоционально-стрессовая психотерапия в наркологии
57. Психотерапия в комплексном лечении табакокурения и никотиновой зависимости
58. Экспертиза лиц, страдающих токсикоманией
59. Игровая зависимость – лудомания, гэмблинг, интернет-аддикция
60. Определение понятия игровая зависимость
61. Классификация игровой зависимости
62. Стадии развития игровой зависимости, развития фаз
63. Психотерапия игровой зависимости
64. Медикаментозное лечение игровой зависимости
65. Интернет зависимость – история вопроса
66. Классификация интернет зависимости
67. Психотерапевтическое и медикаментозное лечение интернет зависимости

**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**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживается. Бредовых идей не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: зависимостью от каких средств (препаратов) страдает пациент: 1. Злоупотребление транквилизаторами 2. Кокаиновая наркомания 3. Злоупотребление седативно-снотворными средствами, барбитуратами 4. Морфинизм, опийная наркомания 5. Наркомания, вызванная препаратами из эфедрина.

Ответ: 4

**Задача № 2**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спец.отряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Алкоголизм 4. Умственная отсталость 5. Реактивный психоз.Ответ: 3

**Задача № 3**

Больной А., 19 лет, поступил в клинику днем в дремотном состоянии. Речь была невнятной, «смазанной». Реакция на внешние раздражители, в том числе и болевые, резко снижена. Зрачки сужены, АД 90/55. Тахикардия. Пульс нитевидный. Не помнил, как доставлен в клинику. К вечеру состояние резко изменилось. Появилось двигательное беспокойство. Жаловался на сильные боли в мышцах, непреодолимые головные боли. Появилось слезотечение, насморк, чихание, потливость, расширение зрачков. Температура поднялась до 39,5 С. АД 160/110. Пульс 102 уд. Отмечался большой судорожный припадок.

Вопрос: Какой наркотик был употреблен А.? 1. Кокаин 2. Каннабиоиды 3. Опиаты 4. Амфетамин 5. Циклодол

Ответ: 3

**Задача № 4**

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Высказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых суждений не высказывает. Просит помочь.

Вопрос: Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) и его продолжительности зависят от: 1. Вида наркомании 2. Темпа наркотизации 3. Употребляемых доз наркотика 4. Способа введения наркотика 5. Всего вышеперечисленного

Ответ: 5

**Задача № 5**

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические при­падки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после кото­рого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следую­щим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере? 1. Насильственные стереотипные мысли 2. Чувство уже пережитого 3. Эпигастральная аура 4. Зрительные галлюцинации 5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

**Задача № 6**

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Больна с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом: 1. Астенический 2. Ипохондрический 3. Вегетативных нарушений 4. Психического инфантилизма 5. Депрессивный.

Ответ: 4

**Задача № 7**

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно: 1. Бессонница 2. Тревога 3. Гипотимия 4. Лиссотофобия (страх сойти с ума) 5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

**Задача № 8**

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запои» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ноге и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Онейроидный 2. Делириозный 3. Аментивный 4. Сумеречного помрачения сознания 5. Оглушение.

Ответ: 2

**Задача № 9**

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: укажите ведущий синдром: 1. Ипохондрический 2. Обсессивно-фобический 3. Апато-абулический 4. Астенический 5. Кататонический.

Ответ: 2

**Задача № 10**

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при неспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Психастенический 2. Фобический 3. Истерический 4. Маниакальный 5. Психоорганический.

Ответ: 1

**Задача № 11**

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Фобический 3. Кататонический 4. Апато-абулический 5. Психоорганический.

Ответ: 2

**Задача № 12**

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Истерический 2. Астенический 3. Фобический 4. Психоорганический 5. Маниакальный.

Ответ: 3

**Задача № 13**

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной 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 ведущий синдром: 1. Церебрастенический 2. Ипохондрический 3. Обсессивно-фобический 4. Психопатоподобный 5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

**Задача № 14**

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром? 1. Астенический 2. Детских страхов 3. Детского аутизма 4. Псевдогаллюцинации 5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

**Задача № 15**

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 № 16**

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 № 17**

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 № 18**

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 № 19**

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 № 20**

Врач психиатр-нарколог приглашен в школу для проведения профилактического мероприятия со старшеклассниками. Оговорив все необходимые условия предварительно по телефону с заместителем директора по воспитательной работе, врач приготовился к проведению беседы-тренинга с небольшой – в 8-10 человек группой подростков с признаками девиантного поведения. Но, придя в школу, врач извещен о том, что «для него собрали как можно больше детей – школьников всех старших классов, более 120 человек». Врач отказался работать с такой аудиторией, фактически сорвав мероприятие и заявив, что ответственность за это несёт заместитель директора по воспитательной работе.

Вопросы:

1. Имел ли право врач отказываться от проведения фактически подготовленного мероприятия?
2. Несет ли на самом деле какую-либо ответственность за мероприятие по наркопрофилактике в школе кто-либо из администраторов?
3. Какие основания были у врача для отказа проводить мероприятие? Какие именно негативные последствия возможны были в случае проведения врачом «лекции» для 120 школьников?
4. Была ли возможность у врача избежать подобного инцидента и поступить как-либо иначе
* а) на этапе подготовки мероприятия;
* б) непосредственно при появлении его в школе?

**Задача № 21**

Во время урока в девятом классе преподавательница географии обратила внимание на то, что один из учеников «ведёт себя странно: всё время почёсывается, суетится и позволяет себе бестактные реплики». Публично высказав предположение, что тот находится в состоянии одурманивания, преподавательница потребовала от ученика, чтобы он «сходил в наркологический кабинет - провериться и принести справку».

Вопросы:

1. Имеет ли право преподаватель общеобразовательного учреждения требовать от ученика справку о наличии состояния одурманивания?
2. Достаточно ли перечисленных признаков, чтобы предполагать у подростка состояние одурманивания?
3. Что именно обязан предпринять учитель школы при наличии несомненных признаков употребления подростком психоактивных веществ?
4. В каких случаях появление подростка в школе в состоянии одурманивания является экстремальной ситуацией, то есть требующей от педагога неотложных действий и приостановления его основных запланированных дел?

**Задача № 22**

Врач психиатр-нарколог получает телефонное сообщение о готовящемся мероприятии с его предположительным участием – районная комиссия по делам несовершеннолетних с помощью инспекции по профилактике правонарушений РОВД приглашает большую группу (до 70 человек) молодых людей от 17 до 25 лет, ранее привлекавшихся к административной ответственности за правонарушения, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков. Врачу предлагается «выступить с лекцией о вреде алкоголя и наркотиков, чтобы все приглашенные прекратили злоупотребление и взялись за ум» (со слов одного из организаторов мероприятия).

Вопросы:

1. Может ли быть сколько-нибудь эффективным подобное мероприятие, что именно антипрофилактичного может заключаться в такой работе?
2. Стоит ли отказаться врачу от участия в этом мероприятии, фактически сорвав его (в очередной раз…), учитывая, что до него есть ещё время – около недели?
3. Зная о том, что подобные мероприятия планируют и организовывают чиновники, то есть люди имеющие право чего-то не знать из особенностей наркопрофилактики, имеет ли врач права и возможности донести до них необходимые знания?
4. В случае, если на этапе подготовки донести нужную информацию до организаторов не удается, какой подход и какие методики врач может применить, дабы максимально снизив антипрофилактичный эффект, добиться цели?

**Задача № 23**

К врачу психиатру-наркологу обратилась мать подростка 13 лет с просьбой «закодировать его от алкоголизма для профилактики». В беседе с ней врач выяснил, что признаков злоупотребления психоактивными веществами у подростка нет, но отец ребёнка, а так же оба деда злоупотребляли алкоголем, сам подросток перенес менингит в 6 лет и два года назад получил черепно-мозговую травму.

Вопросы:

1. Выяснив, что показаний для лечения наркологического заболевания у подростка нет, можно ли считать оправданным беспокойство матери ?
2. Меры первичной, вторичной или третичной наркопрофилактики в данном случае должны применяться?
3. Какая модель наркопрофилактики преимущественно должна применяться в отношении этого подростка?
4. Учитывая, что в основе метода «кодирования» А.Р.Довженко, как и в понимании этого термина большей частью населения является запрет, для данного подростка, зная, что ему 13 лет, можно ли применять запретительно-предупредительные профилактические методики?

**Задача № 24**

Во время школьной дискотеки группа старшеклассников после распития спиртных напитков спровоцировала массовую драку с гостями, приглашенными из соседнего кадетского корпуса. Ответственный дежурный педагог безуспешно пыталась дозвониться до наркологического кабинета и инспекции по делам несовершеннолетних. За это время другие школьники успели разнять дерущихся и развести их по домам.

Вопросы:

1. Оправдан ли вызов нарколога в школу в случае массового употребления алкоголя подростками?
2. Как должен поступать дежурный педагог в подобных случаях?
3. С какой целью и когда должен привлекаться врач нарколог в данном случае?
4. Чем, кроме травм и несчастных случаев может осложниться употребление - особенно групповое и массовое – психоактивных веществ подростками во время досуговых мероприятий в школе?

**Задача № 25**

К врачу психиатру-наркологу обратилась социальный педагог с просьбой помочь ей организовать лекции-экскурсии в анатомический музей всех классов её школы для профилактики курения и употребления алкоголя. Подобную идею ей предложили коллеги, узнав о том, что «вид анатомических препаратов производит на детей и подростков большое впечатление».

Вопросы:

1. Надо ли наркологу участвовать в организации подобного мероприятия именно для всех школьников?
2. Какие профилактические подходы и методики применимы и сколько-нибудь эффективны во время подобных экскурсий?
3. Для каких лиц и возрастных групп такие мероприятия неэффективны и даже противопоказаны?
4. Что нужно учитывать, кроме возраста и особенностей характера подростков при планировании подобных мероприятий?

**Задача № 26**

Врач психиатр-нарколог приглашен в закрепленную за ним общеобразовательную школу для проведения профилактического мероприятия по плану, после предварительной договоренности о деталях по телефону с социальным педагогом. Для работы ему выделили отдельную учебную комнату и пригласили туда несколько подростков – шесть человек, мальчиков, учащихся десятых и одиннадцатых классов, ранее неоднократно замеченных в употреблении психоактивных веществ и привлекавшихся к административной ответственности за антиобщественные действия.

Вопросы:

1. Может ли врач строить свою работу в русле первичной наркопрофилактики?
2. Насколько могут быть эффективными предупредительно-запретительные методики профилактической работы с данной группой подростков?
3. Какие действия должен предпринять врач для отслеживания эффективности своей профилактической работы с каждым из этих подростков?
4. Обязан ли врач психиатр-нарколог требовать согласия родителей подростков, замеченных в употреблении психоактивных веществ для проведения с ними профилактической беседы на территории образовательного учреждения?

**Задача № 27**

Врач психиатр-нарколог приглашен в общеобразовательную школу для выступления перед родителями учащихся на общешкольном родительском собрании. Не имея достаточного опыта публичных выступлений и волнуясь, врач воспользовался заранее приготовленным текстом с тезисами своего выступления. Через несколько минут после начала его выступления в аудитории стали раздаваться возмущенные реплики различного содержания – от обвинения правительства («до чего страну довели»), до замечаний самому выступающему («готовиться надо было»). Фактически, лектору пришлось свернуть свое выступление раньше времени, не закончив мысль, в гуле возмущений.

Вопросы:

1. На каком этапе врач допустил ошибку – а) на этапе подготовки, согласившись выступать на общешкольном родительском собрании; б) не приготовившись достаточно хорошо, чтобы выступить без тезисов; в) во время выступления – не став отвечать на первые же реплики из зала?
2. Какой характер выступлений и в каких временных рамках профилактическая работа с родителями учащихся в условиях массовой аудитории может быть приемлемой?
3. Какие этапы переживает общество в отношении к наркологическим проблемам во время резкого роста заболеваемости наркоманией?
4. Каковы особенности подготовки профилактических мероприятий с родителями учащихся средних и старших классов?

**Задача № 28**

Во время планового семинара с педагогами общеобразовательной школы врач психиатр-нарколог узнает об использовании некоторыми классными руководителями такой формы профилактической работы как «политинформация» в виде коллективного чтения газетных публикаций на темы о наркотиках и наркоманиях, причем, зачастую – без последующего обсуждения. «Ведь это же печатают в центральной прессе!» недоумевали педагоги на замечание врача.

Вопросы:

1. Что такое «профилактический материал» и в чем его отличие от публицистического или познавательного?
2. Перечислите основные требования к профилактическому материалу.
3. Может ли работа известных и уважаемых публицистов содержать в себе элементы антипрофилактичные и даже наркопропаганду? Возможно ли использование – осознанно или неосознанно – достоверных данных из медицинской специальной литературы как наркопропаганды?
4. Какова роль дальнейшего обсуждения после просмотра или зачитывания какого-либо профилактического материала?

**Задача № 29**

Врач психиатр-нарколог на заседании городской комиссии по делам несовершеннолетних поднял вопрос о нецелесообразности проведения и организации кинолекториев в кинотеатрах с выступлениями врачей и последующим просмотром художественных фильмов «о наркоманах». Акция была предложена кинообъединением города, с акцентом на аргумент по поводу «накопления богатого материала о наркоманах и наркотиках».

Вопросы:

1. Какова на самом деле опасность проведения подобных массовых кинолекториев?
2. В чем именно состоит разница между целями хорошей режиссерской или журналистской работы и целями наркопрофилактики?
3. Возможно ли совпадение этих целей и отсутствие ореола романтики в художественном фильме «о наркомании»? Приведите примеры.
4. Какое звено является основным с точки зрения наркопрофилактики – непосредственно сам просмотр, комментарии специалиста или что-то ещё (обсуждение в группе, с педагогом, дискуссия и т.п.)?

**Задача № 30**

Группа врачей психиатров-наркологов приглашена на конкурс самодеятельного творчества учащихся в общеобразовательную школу. На конкурсе предлагалось рассмотреть различные формы работы – от рисунков и карикатур, до рефератов, частушек, эстрадных миниатюр и видеосюжетов. Несколько педагогов, занимаясь подготовкой этого мероприятия в течение нескольких месяцев специально уделяли внимание побуждению самостоятельной активности и инициативы учащихся. По утверждению социального педагога школы, недавно прошедшей обучение основам первичной позитивной наркопрофилактики, во время подготовки мероприятия обязательно учитывались все аспекты возрастной психологии и принцип «не навреди».

Вопросы:

1. В чем преимущества и в чем опасности организованных мероприятий по наркопрофилактике и стихийного спонтанного творчества детей и подростков?
2. Насколько оправдана уверенность педагогов в соблюдении принципа «не навреди» при наличии конкурса частушек и карикатур?
3. Должна ли ограничиться деятельность врачей наркологов в данном мероприятии как «экспертно-судейская», или им стоит предложить внести изменения в планы, предложив свои услуги дополнительно? Если да – то какие именно?
4. Стоит ли предлагать педагогам отменить мероприятие как привлекающее внимание к алкоголю и наркотикам?

**Задача № 31**

В городской комиссии по делам несовершеннолетних врачом психиатром-наркологом было внесено предложение об организации обучающих семинаров для педагогов общеобразовательных школ по вопросам наркопрофилактики с участием местных наркологов и преподавателей медицинской академии. Представитель управления образования высказал сомнения по поводу целесообразности таких семинаров, аргументировав это тем, что большинство педагогов уже прошли обучение по данным вопросам по линии Министерства Образования на выездных циклах. Врач продолжает настаивать на необходимости предлагаемых им семинаров, указав на отсутствие знаний и навыков у педагогов по оказанию первой медицинской помощи и поведению в экстремальных ситуациях, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Вопросы:

1. Обязан ли педагог общеобразовательной школы обладать знаниями и навыками медицинского характера по темам наркологии и неотложной медицинской помощи в условиях большого города?
2. Что такое экстремальные ситуации, связанные с употреблением психоактивных веществ и в чем их отличие?
3. Стоит ли на самом деле включать темы оказания первой доврачебной помощи и другие медицинские знания в программы обучения педагогов основам наркопрофилактики? Перечислите и взвесьте все аргументы «за» и «против».
4. Учитывая условия разделения полномочий медицинских и педагогических работников в сфере наркопрофилактики, определите общее поле ответственности и сотрудничества представителей разных ведомств.

**Задача № 32**

На занятие с подростками из группы риска приглашен врач из наркологического диспансера. Врач психиатр-нарколог имеет также сертификат психотерапевта, но опыта работы с подростками у него практически нет. Несмотря на предложение провести интенсивный тренинг и применить глубокие интервенции, как он умеет это делать в отделении реабилитации со взрослыми наркологическими больными, врач ограничился лишь профилактической беседой с применением групповой дискуссии и обратной связи.

Вопросы:

1. Почему психотерапевт отказался от применения интенсивных психотерапевтических методик со школьниками?
2. Какие могут быть противопоказания к применению некоторых психотерапевтических методов во время профилактических мероприятий в школе?
3. Могут ли быть негативные последствия применения психотерапевтических методик и приемов во время профилактических мероприятий среди школьников?
4. В каких случаях применение методов психотерапии в рамках наркопрофилактики оправдано и эффективно?

**Задача № 33**

В психологическую лабораторию наркологического диспансера по заданию администрации школы обратилась школьный психолог с целью приобретения специальных диагностических тестов, позволяющих «определить и выявить всех наркоманов в школе». С её слов, в школе уже предусмотрен план «дифференцированной профилактической работы - с благополучными учащимися и аргументированного избавления от девиантных».

Вопросы:

1. Может ли какое-либо психологическое диагностическое исследование быть основой для наркологического или психиатрического диагноза?
2. Вправе ли администрация общеобразовательного учреждения исключать учащегося из школы за употребление психоактивных веществ, тем более на основании психологического тестирования?
3. Какова на самом деле роль школьного психолога в наркопрофилактике и каковы возможности диагностических психологических исследований?
4. Целесообразно ли сотрудничество школьных психологов со специалистами из наркологического диспансера? Если да – то в каких вопросах и при каком разделении полномочий?

**Задача № 34**

При проведении планового мониторинга наркоситуации в образовательных учреждениях города в рамках городской программы профилактики наркомании, токсикомании и алкоголизма среди несовершеннолетних, утвержденной Областным Советом по наркопрофилактике, директор школы потребовала от психологов наркологического диспансера, проводивших исследование поименных списков учащихся, предрасположенных к злоупотреблению психоактивными веществами. В противном случае она грозит запретить проведение исследования в своей школе.

Вопросы:

1. Имеет ли право директор школы ставить подобные условия специалистам наркологического диспансера и требовать поименные списки школьников из группы риска?
2. Какие реальные цели и задачи такого мониторинга?
3. Целесообразно ли проведение таких исследований анонимно, с указанием лишь возраста, пола и номера школы, где учится подросток?
4. Какие признаки усиливают и какие – значительно уменьшают достоверность психологических исследований в рамках такого мониторинга?

**Задача № 35**

Во время плановой встречи с администрацией закрепленной школы и представителями родительского актива врачу психиатру-наркологу задали вопрос о том как можно помочь детям из семей, где родители злоупотребляют алкоголем и наркотиками, отказываются являться в школу на родительские собрания, а порой даже склоняют собственных детей и их сверстников к антиобщественным действиям и употреблению психоактивных веществ. Попытки представителей родительского актива и классных руководителей воздействовать на таких родителей натыкались на заявления типа «не имеете права, вы не милиция и не суд» и т.п.

Вопросы:

1. Если заданный вопрос не медицинского характера, обязан ли врач принимать участие в его решении?
2. Каковы реальные возможности комиссий по делам несовершеннолетних в решении подобных вопросов?
3. Участие представителей каких структур, кроме медицинских работников (не только наркологов) и педагогов необходимо для решения вопросов, указанных в задаче?
4. Нужно ли врачу наркологу работать с таким контингентом, как родительский актив, учитывая, что это, как правило, благополучные во всех вопросах родители благополучных детей? Если да – то в каких вопросах?

**ВАРИАНТЫ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВАРИАНТ № 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Нарушение обмена липидов при интоксикации алкоголем обусловлено: |
| А | перекисным окислением их и мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| Б | нарушением всасывания их в желудочно-кишечном тракте и мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| В | перекисным окислением их, нарушением всасывания их в желудочно-кишечном тракте, мобилизацией жира из жировых депо в связи с возбуждающим действием алкоголя на симпатоадреналовую систему |
| Г | перекисным окислением их |
|  |  |
| 2 | Нарушение обмена аминокислот при интоксикации алкоголем имеет тенденцию к: |
| А | нарушению всасывания их в желудочно-кишечном тракте, транспорта их во внутренние органы и метаболизма в печени и головном мозге |
| Б | нарушению их всасывания в желудочно-кишечном тракте и транспорта их во внутренние органы |
| В | нарушению метаболизма их в печени и головном мозге и транспорта их во внутренние органы |
| Г | нарушению всасывания их в желудочно-кишечном тракте и метаболизма их в печени и головном мозге |
|  |  |
| 3 | Нарушение углеводного обмена при интоксикации алкоголем характеризуется: |
| А | подавлением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| Б | увеличением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| В | подавлением потребления глюкозы клетками, повышением уровня инсулина в крови и замедлением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
| Г | подавлением потребления глюкозы клетками, снижением уровня инсулина в крови и ускорением процесса безкислородного ферментативного окисления глюкозы |
|  |  |
| 4 | Патогенетические механизмы формирования зависимости от алкоголя обуславливаются: |
| А | нарушением обмена гистамина |
| Б | нарушением обмена серотонина |
| В | нарушением обмена катехоламинов |
| Г | деградацией системы эндогенного синтеза ацетальдегида и этанола |
|  |  |
| 5 | С начала 90-х годов число больных наркоманиями: |
| А | возрастает за счет группы больных, употребляющих кустарно приготовленные наркотические вещества |
| Б | возрастает за счет группы больных, употребляющих лекарственные наркотические вещества |
| В | уменьшается за счет группы больных, употребляющих кустарно приготовленные наркотические вещества |
| Г | уменьшается за счет группы больных, употребляющих лекарственные наркотические вещества |
|  |  |
| 6 | К медицинским и социальным последствиям злоупотребления ПАВ относятся: |
| А | убытки по бюджету здравоохранения |
| Б | большое число преступлений |
| В | сокращение продолжительности жизни |
| Г | большое число суицидов |
|  |  |
| 7 | 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 |
|  |  |
| 8 | 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 |
|  |  |
| 9 | К сложной мании относятся: |
| А | мания с онейроидом |
| Б | дурашливая мания |
| В | веселая мания |
| Г | спутанная мания |
|  |  |
| 10 | К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: |
| А | патологический аффект |
| Б | патологические просоночные состояния |
| В | сумеречные состояния |
| Г | патологическое опьянение |

**ВАРИАНТ № 2**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Ведущими звеньями патогенеза наркоманий являются: |
| А | нарушения функций катехоламиновой системы, перестройка опиатных рецепторов |
| Б | нарушения обмена гистамина |
| В | нарушения обмена пролактина |
| Г | нарушения в системе транспорта ионов кальция |
|  |  |
| 2 | О роли эйфории в формировании наркомании свидетельствуют |
| А | увеличение дозы наркотика, введение наркотика наиболее эффективным путем |
| Б | питье холодной воды во время интоксикации наркотиком |
| В | применение нейролептиков для усиления действия наркотика |
| Г | питье горячей воды во время интоксикации наркотиком |
|  |  |
| 3 | В основе формирования толерантности и физической зависимости от наркотиков лежат: |
| А | нарушения обмена норадреналина, дофамина и серотонина, нарушения структуры специфических рецепторов мозга |
| Б | нарушения обмена пролактина |
| В | повышение активности холинэстеразы и снижение концентрации мозгового ацетилхолина |
| Г | торможение высвобождения гистамина |
|  |  |
| 4 | Одним из ведущих патогенетических механизмов синдрома психической зависимости от наркотика является нарушение обмена норадреналина, приводящее к: |
| А | психическому дискомфорту и падению общего тонуса, снижению работоспособности |
| Б | повышению АД и общему плохому самочувствию |
| В | психическому комфорту и повышению общего тонуса |
| Г | повышению работоспособности |
|  |  |
| 5 | Особенности формирования зависимости от ПАВ у лиц с психическими нарушениями зависят: |
| А | от прогредиентности психического заболевания; от этапа течения психического заболевания |
| Б | от поло-возрастных характеристик |
| В | от выраженности признаков перинатальной и ранней постнатальной патологии |
| Г | от уровня интеллектуального развития |
|  |  |
| 6 | Облигатными факторами риска развития наркоманий у девочек являются: |
| А | доступность наркотика; общение с наркоманами |
| Б | соматическая отягощенность |
| В | наследственная отягощенность алкоголизмом и наркоманиями |
| Г | психический инфантилизм |
|  |  |
| 7 | Из перечисленных определений преморбидного статуса подростка-наркомана наиболее вероятным следует считать: |
| А | задержку психического развития |
| Б | снижение волевой сферы |
| В | психопатию |
| Г | дисгармонический психический инфантилизм |
|  |  |
| 8 | Для синдрома физической зависимости у подростков наиболее характерно: |
| А | практически одновременное появление его с состоянием отмены;выражение компульсивного влечения преимущественно психопатологическими расстройствами |
| Б | наличие вегетативных расстройств; |
| В | появление специфических расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы |
| Г | обилие парестезии |
|  |  |
| 9 | Способность достижения физического комфорта в интоксикации свидетельствует о том, что после формирования физической зависимости: |
| А | удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен только при условии поддержания какого-то уровня интоксикации |
| Б | появилась возможность подавления влечения к данному наркотику другим наркотиком |
| В | уровень интоксикации не адекватен глубине физической зависимости |
| Г | удовлетворительный функциональный уровень жизнедеятельности организма наркомана возможен при интоксикации любым наркотиком |
|  |  |
| 10 | Формирование состояния отмены свидетельствует о становлении: |
| А | синдрома физической зависимости; средней стадии наркомании |
| Б | начальной стадии наркомании |
| В | конечной стадии наркомании |
| Г | синдрома измененной реактивности |

**ВАРИАНТ № 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | К этапным терапевтическим установкам, формируемым при лечении больных с зависимостью от ПАВ относятся: |
| А | установка на получение помощи и лечение; установка на трезвость |
| Б | установка на конфронтацию с потребителями ПАВ |
| В | установка на достижение нейтральных социальных целей |
| Г | установка на самоограничение |
|  |  |
| 2 | Этапные терапевтические установки, формируемые у больных с зависимостью от ПАВ в процессе психотерапии: |
| А | взаимосвязаны и взаимообусловлены; обсуждаются в ходе лечения |
| Б | автономны |
| В | невербализуемы |
| Г | амбитендентны |
|  |  |
| 3 | Различают следующие формы эмоционального стресса: |
| А | генерализованную |
| Б | импульсивную |
| В | тормозную |
| Г | интерактивную |
|  |  |
| 4 | Лица с зависимостью от алкоголя (алкоголизмом) рассматривались в психоанализе: |
| А | как обладатели орального характера; как носители гомосексуальных тенденций |
| Б | как обладатели комплекса Электры |
| В | как гетеродеструктивные личности |
| Г | как псевдоальтруисты |
|  |  |
| 5 | Стадиями психосексуального развития в психоанализе являются: |
| А | фаллическая, анальная |
| Б | фобическая |
| В | генетическая |
| Г | телесная |
|  |  |
| 6 | Оперантное обуславливание в поведенческой психотерапии включает: |
| А | схему «стимул – реакция», зависимость поведения от ожидаемых результатов |
| Б | анализ ценностных ориентации |
| В | помощь пациенту с расстройствами внутрипсихической ориентировки |
| Г | развитие рефлексии |
|  |  |
| 7 | К способам определения внушаемости не относятся: |
| А | метод реципрокного торможения |
| Б | метод «падения назад и вперед» |
| В | метод «падения назад и вперед»; |
| Г | метод «магнита» |
|  |  |
| 8 | Возникновение гипнотического состояния не сопровождается:  |
| А | учащением пульса, усилением перистальтики |
| Б | снижением артериального давления |
| В | урежением ритма дыхания |
| Г | снижением мышечного тонуса |
|  |  |
| 9 | По А. Форелю в гипнотическом состоянии определяются стадии: |
| А | сомнамбулизма |
| Б | легкого гипноза |
| В | гипотаксии |
| Г | автоматического письма |
|  |  |
| 10 | К осложнениям гипнотерапии не относятся: |
| А | снижение чувствительности |
| Б | истерический припадок |
| В | амнезия гипногического состояния |
| Г | спонтанный сомнамбулизм |

**ВАРИАНТ № 4**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | В отличие от групп пациентов с пограничными психическими расстройствами, стиль работы психотерапевта с группами пациентов, зависимых от ПАВ является |
| А | более авторитарным на начальных этапах |
| Б | более авторитарным на завершающих этапах |
| В | менее авторитарным |
| Г | нейтральным |
|  |  |
| 2 | Методика системной интервенции предназначена для: |
| А | формирования мотивации на участие в лечебном процессе; стимуляции нормативных личностных структур у пациентов |
| Б | применения санкций к больным, уклоняющимся от лечения |
| В | развития рефлексии |
| Г | тренинга социальных умений |
|  |  |
| 3 | Методика скрытой сенсибилизации предназначена для: |
| А | стимуляции желательного поведения; угашения нежелательного поведения |
| Б | заместительной терапии |
| В | развития личности |
| Г | тренинга родительско-детских отношений |
|  |  |
| 4 | Ассертивным является поведение: |
| А | учитывающее интересы всех участников взаимодействия |
| Б | дающее возможность управлять другими людьми |
| В | присущее большинству пациентов до развития болезни |
| Г | позволяющее добиться цели любой ценой |
|  |  |
| 5 | Суть поведенческого контракта заключается в: |
| А | структурировании образа жизни и социальных взаимодействий пациента; устранении болезненных форм поведения |
| Б | возможности получить работу |
| В | получении привилегий |
| Г | поступлении пациента на лечение |
| 6 | Одним из основных приемов психосинтеза (по Р. Ассаджиоли) является: |
| А | разотождествление |
| Б | отождествление |
| В | расформирование |
| Г | интроекция |
|  |  |
| 7 | К методам поведенческой психотерапии относится: |
| А | систематическая десенситизация, «угашение реакций» |
| Б | медитации |
| В | техника превращения |
| Г | эксплозия |
|  |  |
| 8 | Противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе приводят к возникновению: |
| А | неврастенических расстройств |
| Б | истерических расстройств |
| В | ипохондрических расстройств |
| Г | депрессивных расстройств |
|  |  |
| 9 | Понятие эмпатии включает в себя: |
| А | способности вчувствоваться в переживания другого человека; видения проблем «глазами иного человека» |
| Б | концентрации внимания на внешних формах поведения |
| В | интимный характер межличностных отношений |
| Г | интимный характер межличностных отношений |
|  |  |
| 10 | Гештальттерапия разработана: |
| А | Ф. Перлсом |
| Б | В. Франклом |
| В | Ж. Лаканом |
| Г | Я. Морено |

**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 «Психотерапия в наркологии»**

ЗАЧЁТНЫЙ БИЛЕТ № 1

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №4 /**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Психогигиена и психопрофилактика
2. Медикаментозное лечение больных алкоголизмом и психотерапия

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная Задача №33

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** теоретические и методологические вопросы механизмов развития химической и нехимической зависимости. |  Вопросы № 1-67Тесты варианты №1-4 |
| **Уметь** диагностировать причины психических и соматических расстройств у больных с аддикциями. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |
| **Владеть** навыками психотерапевтического консультирования лиц склонных к аддикциям, проведения психокоррекции и психопрофилактики. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |
| 2 | **ПК-5:** готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | **Знать** этиологию, патогенез и клинику химических и нехимических аддикций. |  Вопросы № 1-67Тесты варианты №1-4 |
| **Уметь** оценивать клиническую картину больных, динамику болезни, её осложнения и степень изменений личности. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |
| **Владеть** навыками клинико-психопатологического исследования наркологических больных и выбора адекватных психотерапевтических методов. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |
| 3 | **ПК-6:** готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в психотерапевтической медицинскойпомощи | **Знать** особенности личностных изменений у наркологических больных, психологические теории зависимостей. |  Вопросы № 1-67Тесты варианты №1-4 |
| **Уметь** обосновать выбор психологических средств и методов лечения зависимости. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |
| **Владеть** техниками и методами психотерапии наркологических заболеваний: гипнотерапия; психодинамическая терапия; когнитивно-поведенческий метод, экзистенциально-гуманистическая психотерапия. | Практические задания Ситуационные задачи№1-35 |