

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.20 «Психиатрия»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- 1) Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями на 02.07.2021 г., редакция, действующая с 01.09.2021 г.);
- 2) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.20 «Психиатрия», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1062;
- 3) Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденной приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258 (с изменениями на 17.08.2020 г.);
- 4) Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 (с изменениями на 27.03.2020г.);
- 5) Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 года № 620н.

Разработчики программы:

Заведующий кафедрой,

д.м.н. доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

С.В. Гречаный

(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

А.Б. Ильичев

(расшифровка)

*Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
психиатрии и наркологии*

название кафедры

« 27 » августа 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии

название кафедры

д.м.н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

С.В. Гречаный

(расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.20 «Психиатрия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.20 «Психиатрия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 «Психиатрия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- 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-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- 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-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Примеры вопросов для собеседования

1. Цели и задачи психиатрии. Предмет изучения психиатрии.
2. История развития психиатрии в России и за рубежом.
3. Термины и понятия психиатрии (симптом, синдром, болезнь, патологическое состояние, первичные и вторичные расстройства, продуктивные и негативные расстройства, психический дефект).
4. Клинико-психопатологическое исследование: расспрос больного при исследовании его психического состояния, получении субъективных анамнестических данных, расспрос родственников больного и других лиц при получении объективных анамнестических данных, наблюдение за больным.
5. Общесоматическое исследование больного.
6. Неврологическое исследование больного.

7. Биохимические методы исследования. Исследование ликвора. Бактериологические методы. Коллоидные реакции (Ланге, Нонне-Аппельта, Вейтбрехта).
8. Инструментальные методы исследования в психиатрии. Рентген, пневмоэнцефалография, ангиография. Электроэнцефалография и М-эхография. Компьютерная томография. Ядерно-магнитный резонанс (ЯМР). Генетические методы исследования психически больных (генеалогический, близнецовый, биохимический, цитогенетический).
9. Экспериментально-психологическое обследование в психиатрии. Методики исследования отдельных психических функций. Методики исследования личности. Нейропсихологические методики. Применение опросников. Применение клинических оценочных шкал.
10. Акты ощущения и восприятия, их сравнительный анализ.
11. Нарушения интенсивности восприятия: гиперестезия, гипостезия, анестезия.
12. Клинико-патогенетические варианты анестезии.
13. Парестезии и сенестопатии, их сравнительная характеристика.
14. Сенестопатии, их нозологическая принадлежность.
15. Синестезии, их клиническая характеристика, диагностическое значение.
16. Агнозии, разновидности, клиническое значение.
17. Психосенсорные расстройства, их клиническая картина и диагностическое значение.
18. Сенсорная гиперпатия и гипопатия, их клиническая картина и диагностическое значение.
19. Синдром деперсонализации, разновидности, диагностическое значение.
20. Учение о психическом отчуждении (Меграбян А.А., 1962).

6.2.2. Примеры ситуационных задач

Задача № 1.

Пациентка В., 13 лет. Беременность протекала нормально. Раннее психомоторное развитие без особенностей. По характеру общительная. Очень впечатлительная, сенситивная. Аффективно-неустойчивая, раздражительная. Лечилась в соматической больнице по поводу лямблиозного холецистита. Внезапно после выписки стала очень раздражительной, напряженной, крайне беспокойной, отказывалась от пищи. При поступлении в психиатрическую больницу была способна только приблизительно ориентироваться, не понимала характера больницы. Приблизительная ориентировка во времени была сохранена. Наблюдалось речевое возбуждение, речь временами становилась бессвязной. Имелись отрывочные идеи отношения и ипохондрические высказывания. Во время разговора больная была способна собраться, могла рассказать о себе, однако, очень быстро утомлялась. Психотическое состояние продолжалось две недели. В последующие дни выявилась астеническая симптоматика. Выписана полностью выздоровевшей. Неврологических симптомов органического поражения ЦНС не обнаружено. Больная сниженного питания, со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Раздражительность, дезориентировка в месте и ситуации, бессвязность речи, психомоторное возбуждение, отрывочные идеи отношения и ипохондрические идеи, колебания ясности сознания соответственно степени выраженности астении.

Синдром астенической спутанности.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача № 2.

Пациентка У., 10 лет. Незадолго до текущих психических нарушений лечилась в стационаре, после выписки из которого появился страх смерти, к которому некоторое время была недостаточно критична. Часто спрашивала мать «я не умру от болезни?», «отчего умирают дети?». Вскоре у больной появились страхи заражения и страх инородного тела, которое может «попасть в горло». Страхи сопровождались множественными ритуалами защиты от попадания инфекции или инородного тела в горло: откашливалась, отдувалась, отплевывалась и т. п. Соглашалась с родителями и лечащим врачом, что при тщательном приготовлении пищи она свободна от микробов и инородных тел, но жаловалась, что страхи возникают «помимо воли, как только что-либо попадает в рот». Стала тревожнее. Вместе с тем продолжала успешно учиться в массовой школе, дружила с учениками, тщательно скрывая в школе свои «привычки».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Навязчивые страхи (фобии): заражения, инородного тела, навязчивые ритуалы защиты, тревога, сохранность критики. Нарушения возникли на фоне психической травмы.

Синдром навязчивых явлений.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42.2).

Задача №3.

Пациент Т., 14 лет. От второй, нормально протекавшей беременности. Роды физиологические. Ранее развитие правильное. Перенес ряд инфекционных заболеваний, все в нетяжелой форме. Отмечалась склонность к простудным заболеваниям. С 7 лет в школе, классов не дублировал. По характеру – упрямый, прямолинейный, малообщительный, избегал общественных поручений. Хорошо относился к матери, помогал ей по хозяйству, был привязан к семье. О своем здоровье никогда не заботился.

На следующий день после начала простудного заболевания, придя домой из школы, заявил матери, что он заболел, требовал вызвать скорую помощь. Ночью был беспокойным, не спал, кричал, что ему плохо, жаловался на боли в боку, в ногах, «что-то случилось с ногами», все время сгибал их в коленях. В соматической больнице, куда был помещен мальчик, писал матери «прощальные» письма, ждал смерти, из-за чего и был помещен в психиатрический стационар. Там вначале отмечался сниженный фон настроения, угнетенность, напряженность, тревожность, и на этом фоне предъявлялись многочисленные жалобы: «В животе бурлит, урчит, как жжет все в животе, скребет, как кишки выдергивает, зажмет, кишку и начинает крутить, сердце побаливает, особенно когда вдыхаю и выдыхаю, бок болит, голова тяжелая; дышать трудно, в груди как-то неприятно, плохо; что-то с руками стало, тяжелые; ноги как не свои, как будто суставы ломит, слабость, тяжесть какая-то». Считал себя безнадежно больным. Относительно причины своего заболевания предполагал: «Может, в кишках пища не проходит». Через неделю с уменьшением эмоциональной напряженности, активность высказываний ипохондрического характера стала меньшей, а еще через неделю нормализовалось настроение, стал активно играть с ребятами, заниматься в классе.

Через 4 месяца после выписки, вновь после легкого простудного заболевания и сделанной за несколько дней до этого профилактической прививки, повторение вышеописанного состояния. Вновь стал тревожно-депрессивным, не отпускал от себя мать, кричал, что умирает, прощался с ней. В больнице вновь предъявлял многочисленные жалобы на телесные ощущения, был фиксирован на состоянии. Считал, что «наверное, все у меня от глистов, у матери ведь обнаружены». Вновь, как и в предыдущий раз, через неделю уменьшилась напряженность, смятение, ипохондрические жалобы, затем нормализовалось настроение, стал играть с ребятами, заниматься в классе. О своем состоянии говорил

неохотно, но с полной критикой («страшно было одному оставаться, казалось, что умру»).

В светлом промежутке даже действительно возникавшие у больного заболевания, в том числе и одно, сопровождавшееся стационарированием в хирургическое отделение, не вызвало ипохондрических переживаний.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, сенестопатии, ипохондрический бред, снижение настроения.

Сенесто-ипохондрический синдром.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача № 4.

Пациент И., 16 лет. В анамнезе повышенная масса тела до 12 лет, очаговый нефрит в 11 лет, в 13-14 лет трижды перелом руки, до 14 лет частые обострения хронического тонзиллита, в 14 лет тонзиллэктомия. По характеру был тревожно-мнительным, всегда настороженно относился к разговорам взрослых о болезнях. Данные предыдущих обследований указывают на дисфункцию дизэнцефальной области головного мозга.

В 12 лет, после ушиба бедра, стал опасаться, нет ли у него саркомы (слышал разговор о нераспознанной врачами саркоме), в связи с жалобами на боль в ноге обследовался. Стал более замкнутым, молчаливым, тихим.

С 14 лет, после удаления миндалин, отмечались кратковременные острые состояния, когда «все нереально, как во сне», «не все воспринимаю», «все раздражает, ничего не хочется делать, ничто не интересует, хочется удалиться», «ноги плохо идут».

С 15 лет, после гриппа, описанные кризы длились по 15-30 минут и сопровождались вегетативными явлениями. Учащался пульс, повышалось артериальное давление, повышалась температура до 37,8, лицо резко бледнело, затем краснело, имела место обильная потливость. Приступы окрашивались тревогой, страхом смерти. Считал, что во всем виновата болезнь ноги, из-за которой отмечались и все другие боли. Обследовался в ревмокардиологическом диспансере. К концу 1,5-месячного пребывания там, не вставал с постели, плохо ел, не спал, считал себя тяжело больным. Был переведен в психиатрическую больницу с диагнозом «вегетоневроз».

В больнице отмечалось сниженное настроение. Предъявлял многочисленные жалобы: «Жар, жжение в груди, головная боль», «колет, ломит, сердце сильно колотится, дышать трудно, неприятно в ноге, боль в спине, позвоночнике, животе». Высказывал уверенность в наличии у него ряда соматических заболеваний (рак, саркома, туберкулез). Был фиксирован на заботе о своем здоровье, боялся, что на него перейдут психические и соматические болезни окружающих, искал помощи у врача. Преимущественно по утрам возникали состояния, когда «мир не такой, будто во сне», «свой голос кажется чужим», «все вне меня», продолжительностью от 0,5 часа до 1 часа, сопровождавшиеся тревогой, беспокойством, учащением пульса, потливостью, повышением артериального давления, побледневшем лице, сменявшееся гиперемией. Иногда жаловался на «жар во всем теле», иногда, чаще к вечеру, ощущение, что «могу упасть в обморок».

Постепенно уверенность в болезни сменилась страхом заболеть. Вначале безучастный к психотерапевтической беседе, стал легко поддаваться разубеждению, старался бороться с мыслями, направлениями на болезнь, при которых иногда возникали незначительные ощущения (легкое недомогание, ломит, колет и т. п.). Урегулировался сон, аппетит, стал читать художественную литературу, играть с ребятами. Стал бодрее, веселее, активнее.

После выписки из больницы некоторое время имелась ипохондрическая настроенность, боялся находиться дома один, гулять (как бы чего не случилось), в школе часто навещал школьного врача. Постепенно кризы стали реже и меньше, а затем вовсе исчезли. Катамнез

через 2 года. Иногда испытывает неприятные ощущения в различных частях тела, к которым имеется критика. Интересуется жизнью класса, своей дальнейшей судьбой. Симптомов шизофренического изменения личности нет.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, приступы с деперсонализацией (аутопсихической) и дереализацией, сенестопатии, ипохондрические идеи – бредовые на высоте состояния, затем отрывочные навязчивые, снижение настроения.

Сенесто-ипохондрический синдром.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача №5.

Больная З., 15 лет. Сестра по отцу страдает колебаниями настроения. Родилась от нормальной беременности, своевременных родов. Развивалась без особенностей. Менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. По характеру спокойная, уравновешенная, любознательная. Из перенесенных заболеваний – дизентерия до года, частые ангины, простудные заболевания.

Без видимой причины стала плаксивой, изменилось настроение, говорила, что «нет чувств, нет мыслей, нет чувства голода, насыщения». Высказывала суицидные мысли считала себя плохой, «тунеядкой». Двигательная активность была резко снижена, ничем не интересовалась, «все безразлично». Была тосклива, временами тревожна, растеряна, говорила, что она «не такая, каменная, бесчувственная эгоистка, бездушная, в ней нет ничего естественного». Такое состояние продолжалось около 4-х месяцев. Через полгода оно снова повторилось и продолжалось 8 месяцев.

Соматоневрологически – без особенностей.

В дальнейшем дважды наблюдались состояния, во время которых была весела, подвижна, многоречива, не имела критики к своему состоянию.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Снижение настроения, снижение двигательной активности, аутопсихическая деперсонализация (по типу «болезненной психической анестезии»), депрессивные идеи самоуничтожения, суицидные мысли. В дальнейшем повышения настроения и речедвигательной активности.

Депрессивно-деперсонализационный синдром.

Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.3).

6.2.3. Примеры практических навыков

1. Работа с больным, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения.
2. Предохранительная иммобилизация больного с психомоторным возбуждением.
3. Купирование различных видов возбуждения.
4. Помощь больному во время истерического припадка.
5. Работа с больным с социально-опасными действиями.
6. Транспортировка больного в остром психотическом состоянии.
7. Работа с больным, имеющим суицидальные тенденции.
8. Проведение экспериментально-психологического обследования.
9. Работа с больным, отказывающимся от приема пищи.
10. Проведение комплекса мероприятий по кормлению через зонд.

6.2.4. Примеры тестовых заданий

1. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет:

- а. Получить данные о различных нарушениях психических процессов
- б. Оценить степень нарушений психической деятельности
- в. Оценить динамику психического состояния в процессе терапии
- г. Верно все перечисленное
- д. Все перечисленное неверно

2. Парестезия – это:

- а. Ощущение присутствия на коже паразитов
- б. Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
- в. Неприятное ощущение на поверхности кожи
- г. Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
- д. Патологическое ослабление тактильных ощущений

3. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

- а. Разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений
- б. Необычности, вычурности ощущений
- в. Ощущения, что собственное тело стало необычно тяжелым
- г. Отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
- д. Частого сочетания с ипохондрическими идеями

4. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а. Расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- б. Чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- в. Нарушения сознания
- г. Расстройства самосознания витальности и активности
- д. Расстройства самосознания целостности

5. К аллопсихической деперсонализации относится:

- а. Искаженное видение формы предмета
- б. Восприятие окружающего «серым», потерявшим яркость красок
- в. Восприятие окружающих предметов уменьшенными в размерах
- г. Восприятие предметов раздвоенными
- д. Неверно все перечисленное

6. При дереализации:

- а. Впечатления окружающего представляются бледными и ненастоящими
- б. Предметы кажутся размытыми
- в. Предметы кажутся уменьшенными в размерах
- г. Окружающее воспринимается чрезмерно ярко
- д. Пациент дезориентирован в месте, окружающей ситуации

7. Парейдолическая иллюзия – это:

- а. Иллюзия, возникающая при засыпании

- б. Видение сценподобных картин, возникающих в рисунках обоев, ковра
- в. Зрительный обман при ориентированном онейроиде
- г. Иллюзия, связанная с нарушением работы анализаторов
- д. Искажение формы предметов

8. Аутометаморфопсия – это:

- а. Расстройство схемы тела
- б. Видение собственного двойника
- в. Искаженное восприятие собственного тела
- г. Верно а. и б.
- д. Верно а. и в.

9. Для истинных галлюцинаций характерно:

- а. Сенсорная реальность
- б. Интрапроекция
- в. Чувство сделанности галлюцинаторных образов
- г. Верно а. и б.
- д. Неверно все перечисленное

10. Для острого галлюциноза характерно:

- а. Ясное сознание
- б. Наплыв галлюцинаций
- в. Наличие развернутых бредовых идей
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное

11. Для висцеральных галлюцинаций характерно:

- а. Ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов
- б. Ощущение присутствия в теле живых существ
- в. Ощущение наличия в теле дополнительных внутренних органов
- г. Верно б. и в.
- д. Верно все перечисленное

12. Слуховые псевдогаллюцинации определяются:

- а. Возникновением «внутренних», «мысленных» голосов
- б. Ощущением, что образы насильственно вызваны внешней силой
- в. Ощущением, что слова, фразы насильственно произносятся языком больного
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное

13. Для ментизма характерно:

- а. Увеличение скорости возникновения ассоциаций
- б. Непроизвольно возникающий наплыв мыслей, образов, представлений
- в. Речь, лишенная смысловой и грамматической структуры
- г. Звучащий характер мыслей
- д. Верно а. и г.

14. Паралогическое мышление характеризуется:

- а. Возможностью неадекватных, иногда опасных, внешне нелогичных действий
- б. Наличием логических путей, понятных только больному
- в. Подробным описанием в речи всех мелочей, незначительных деталей
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное

- 15. Для паранойяльного синдрома характерно:**
- Галлюцинации, явления психического автоматизма
 - Бредовые идеи воздействия
 - Паралогическая интерпретация реальных событий
 - Фантастические бредовые идеи величия
 - Верно в. и г.
- 16. Для парафренного синдрома характерно:**
- Бредовые идеи величия
 - Галлюцинации, психические автоматизмы
 - «Солнечное» настроение
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
- 17. К депрессивным идеям относятся:**
- Идеи самоуничтожения
 - Идеи ущерба
 - Идеи отношения
 - Идеи отравления
 - Идеи особого значения
- 18. К проявлениям синдрома Кандинского-Клерамбо относится:**
- Амбулаторный автоматизм
 - Речедвигательные галлюцинации Сегла
 - Автоматическая подчиняемость
 - Верно б. и в.
 - Неверно все перечисленное
- 19. Для синдрома Капгра характерно все, кроме:**
- Бреда положительного двойника
 - Видения собственного двойника
 - Симптома Фреголи
 - Бреда отрицательного двойника
 - Бреда интерметаморфозы
- 20. Сверхценные идеи характеризуется:**
- Возникновением на основе реальных обстоятельств
 - Наличием выраженного аффективного напряжения
 - Наличием галлюцинаций
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
- 21. Интерпретативный бред характеризуется:**
- Систематизацией бреда на основе паралогических доказательств
 - Отрешенностью больного от окружающего мира
 - Псевдогаллюцинациями
 - Истинными галлюцинациями
 - Верно а. и в.
- 22. Апатия характеризуется:**
- Черствостью, бессердечием, бесцеремонным поведением
 - Отсутствием эмоциональных проявлений, равнодушием
 - Снижением настроения с тоской, тревогой
 - Верно б. и в.
 - Неверно все перечисленное
- 23. Эмоциональная лабильность характеризуется:**
- Чрезмерно легким возникновением эмоциональных проявлений
 - Качественным несоответствием эмоции вызвавшей ее ситуации
 - Возможностью аффективных вспышек с бурным проявлением эмоций
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
- 24. Эйфория характеризуется:**
- Повышенной двигательной активностью
 - Ускоренным мышлением
 - Благодушным настроением
 - Дурашливостью в поведении
 - Верно а. и в.
- 25. К депрессивной триаде симптомов относится:**
- Снижение настроения
 - Депрессивные идеи самоуничтожения, самообвинения, ипохондрические идеи
 - Суицидные мысли
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное
- 26. Скрытая депрессия может проявляться:**
- Картиной соматического заболевания
 - Картиной дипсомании (патологического влечения к алкоголю)
 - Бредом преследования
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
- 27. Для кататонического ступора характерно все, кроме:**
- Симптома хоботка
 - Симптома воздушной подушки
 - Вербигерации
 - Восковой гибкости
 - Негативизма
- 28. Простой вариант депрессивного синдрома может проявляться:**
- Анестетической депрессией
 - Тревожной депрессией
 - Депрессии с бредом преследования
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
- 29. Для маниакального идеаторного возбуждения характерно:**
- Гипермнезия
 - Ускорение ассоциаций
 - Отвлекаемость со скачкой идей
 - Идеаторная "спутанность"
 - Все перечисленное
- 30. Гебефреническое возбуждение проявляется:**
- Дурашливостью, гримасничаньем
 - Нелепым, бессмысленным хохотом
 - Повышенным настроением, восторгом, экстазом
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
- 31. Абулия проявляется:**
- Отсутствием побуждений
 - Утратой желаний
 - Безучастностью, бездеятельностью
 - Прекращением общения вследствие исчезновения откликаемости
 - Все перечисленным
- 32. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:**
- Физической истощаемости
 - Психической истощаемости
 - Эмоциональной лабильности

- г. Астенической спутанности
- д. Вегетативных нарушений

33. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно:

- а. Эмоциональная лабильность
- б. Повышенная утомляемость и истощаемость
- в. Гиперстезия
- г. Сомноленция
- д. Сомато-вегетативные нарушения

34. При астеническом синдроме наблюдаются:

- а. Апрозексия
- б. Повышенная истощаемость внимания
- в. Чрезмерная концентрация внимания
- г. Тугоподвижность внимания
- д. Отсутствие нарушения внимания

35. Ослабление избирательной репродукции:

- а. Относится к наиболее ранним проявлениям ухудшения памяти
- б. Проявляется затруднением воспроизведения необходимого в данный момент материала
- в. В первую очередь, затруднением воспроизведения дат, имен, названий
- г. Всем перечисленным
- д. Ничем из перечисленного

36. Псевдореминисценция – это:

- а. Ложное воспоминание неправдоподобного фантастического характера
- б. Восприятие новой обстановки как уже пережитой ранее
- в. Неправильное воспоминание времени происшедших событий
- г. Невозможность идентифицировать источник воспоминания
- д. Затруднение воспроизведения хорошо известной информации

37. При психоорганическом синдроме характерно все перечисленное, кроме:

- а. Снижения памяти
- б. Амнестической дезориентировки
- в. Нарушения интеллектуально-познавательных способностей
- г. Эмоциональной лабильности
- д. Нарушения внимания

38. К вариантам психоорганического синдрома, по К. Шнайдеру, относятся все перечисленные, исключая:

- а. Астенический
- б. Апатический
- в. Конфабуляторный
- г. Эксплозивный
- д. Эйфорический

39. Задержка психического развития характеризуется:

- а. Преодолением задержки при своевременной коррекционной работе
- б. Сохранением пограничного уровня интеллекта при своевременной коррекционной работе
- в. Отсутствием абстрактного мышления
- г. Верно а. и в.
- д. Верно а. и б.

40. При легкой степени нарушения интеллектуального развития наблюдается:

- а. Способность только к самообслуживанию
- б. Стереотипная двигательная активность, элементарные импульсивные действия
- в. Способность к овладению несложными конкретными трудовыми навыками
- г. Ограничение словарного запаса до нескольких десятков слов
- д. Сохранность абстрактного мышления

41. Лакунарная деменция характеризуется:

- а. Сохранностью основных черт личности в начальном периоде
- б. Сохранностью критики, попытками компенсировать нарушения в начальном периоде
- в. Трансформацией в тотальную деменцию на поздней стадии
- г. Верно а. и в.
- д. Верно все перечисленное

42. Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются все перечисленные, кроме:

- а. Отрешенности от окружающего мира
- б. Психомоторной заторможенности
- в. Бессвязности мышления
- г. Дезориентировки
- д. Амнезии

43. Психомоторное возбуждение у больного с делирием:

- а. Соответствует содержанию галлюцинаций
- б. Усиливается в первую половину дня
- в. Усиливается в случае развития тяжелых форм делирия
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное

44. В терапии делирия применяется все перечисленное, кроме:

- а. Транквилизаторов
- б. Дезинтоксикации
- в. Антидепрессантов
- г. Нейролептиков
- д. Метаболической терапии

45. К амбулаторным автоматизмам относится все перечисленное, кроме:

- а. Сомноленции
- б. Снохождения
- в. Сноговорения
- г. Фуг
- д. Трансов

46. Обнубиляция проявляется:

- а. Замедленностью реакций
- б. Появлением «облачности сознания», «вуали на сознании»
- в. Частой беспечностью настроения
- г. Всем перечисленным
- д. Ничем из перечисленного

47. Аментивное помрачение сознания характеризуется:

- а. Бессвязной речью
- б. Разорванным мышлением
- в. Эйфорией

- г. Целенаправленным двигательным возбуждением
д. Верно б. и в.
- 48. Астеническая спутанность представляет собой:**
а. Легкий вариант аменции
б. Вариант сумеречного помрачения сознания
в. Разновидность тяжелого делирия
г. Легкую степень оглушения
д. Среднюю степень оглушения
- 49. Мусситирующий делирий проявляется всем перечисленным, исключая:**
а. Совершение простых профессиональных движений
б. Хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
- в. Невнятное бессвязное бормотание
г. Развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
д. Возможность развития карфологии
- 50. Онейроид проявляется всем перечисленным, кроме:**
а. Отрешенности от окружающей обстановки
б. Ощущения себя участником фантастических событий
в. Эха мыслей
г. Преобладания визуализированных фантастических представлений
д. Несоответствием между содержанием сознания и двигательной активностью

7. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Белялов, Ф. И. Психосоматика / Белялов Ф. И. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 360 с. – ISBN 978-5-9704-5074-1. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450741.html>
2. Бурдаков, А. Н. Психотерапия в детской психиатрии : руководство для врачей / А. Н. Бурдаков И. В. Макаров, Ю. А. Фесенко, Е. В. Бурдакова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 304 с. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-5578-4. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455784.html>
3. Дмитриева, Т. Б. Психиатрия / под ред. Дмитриевой Т. Б. , Краснова В. Н. , Незнанова Н. Г. , Семке В. Я. , Тиганова А. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 624 с. – ISBN 978-5-9704-5118-2. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451182.html>
4. Мазо, Г. Э. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э. , Незнанов Н. Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5038-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>
5. Медицинская психология в курсе психиатрии. Учебное пособие. / В.В. Поздняк, С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев. – СПб.: СПбГПМУ, 2018. – 72 с. // URL : <http://library.gpmu.org/edoc/pdf/2018/file000181.pdf>
6. Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444627.html>
7. Психопатологическая пропедевтика : методика диагностики психических расстройств / Букановская Т. И. – 2-е изд. , доп. и перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451045.html>
8. Шмуклер, А. Б. Шизофрения / Шмуклер А. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") – ISBN 978-5-9704-5446-6. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454466.html>

Дополнительная:

1. Клиническая эпидемиология [Электронный ресурс] / Киссин М.Я. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419427.html>
2. Психиатрическая пропедевтика [Электронный ресурс] / В.Д. Менделеевич – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428634.html>
3. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс]: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова – М. : Литтерра, 2014. – (Серия "Рациональная фармакотерапия"). – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>
4. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-3583-0. – Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435830.html>