

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России)

Р А Б О Ч А Я П Р О Г Р А М М А

дисциплины «Психиатрия-наркология»

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: Врач – психиатр-нарколог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.1

I. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

1. Цели и задачи дисциплины:

Цель: подготовка квалифицированного врача-психиатра-нарколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в области психиатрии и наркологии.

Задачи: 1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста психиатра-нарколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных с наркологией дисциплин

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

4. Подготовить специалиста психиатра-нарколога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов наркологического профиля, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Психиатрия-наркология» относится к Блоку 1 «Дисциплины (модули)», базовой части программы ординатуры, установленной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

3. Требования к результатам освоения дисциплины:

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ (ПК-6);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:

1) Знать:

- основы логики, философские диалектические принципы, методологию диагноза (УК-1)
- культурные особенности этнических меньшинств (УК-2)
- теоретические основы, методы и принципы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противозидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний (ПК-1)
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики; вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования; основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ; клиническая симптоматика патологических состояний (ПК-5)
- клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику наркологических заболеваний; клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях; принципы, приемы и методы психофармакотерапии при наркологических заболеваниях (ПК-6)
- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях (ПК-8)
- основы законодательства о здравоохранении РФ и директивные документы органов и учреждений здравоохранения: нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и ЛПУ; правовые аспекты медицинской деятельности; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы (ПК-10)

2) Уметь:

- организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара; правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты (УК-1)
- организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара (УК-2)

- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение; проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком; оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ; осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля; проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере (ПК-1)
- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества; правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного; выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания; провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями; оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности; поставить и обосновать окончательный диагноз; оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией; провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения (ПК-5)
- определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых психотических состояниях (ПК-6)
- оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем (ПК-6)
- оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии (ПК-6)
- купировать психомоторное возбуждение (ПК-6)
- провести симптоматическую терапию с учетом особенностей острого и хронического действия алкоголя и психоактивных веществ на внутренние органы и системы организма (ПК-6)
- купировать абстинентное состояние у больного наркоманией с учетом формы и стадии заболевания (ПК-6)
- обосновать лечебную тактику при терапии больного алкоголизмом, наркоманией в состоянии постинтоксикации, абстинентного синдрома, острого психоза с сопутствующим поражением сердечно-сосудистой системы, легких, хирургическим вмешательством и т.д. (ПК-6)
- обосновать показания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией психотропных средств (нейролептиков, седатиков, снотворных) (ПК-6)
- определить показания и провести заместительную терапию или литическое отнятие наркотика больному наркоманией в тяжелом или осложненном абстинентном состоянии (ПК-6)
- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному алкоголизмом и наркоманией (ПК-6)
- организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией – женщин, лиц молодого возраста, пожилых
- участвовать в проведении психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы) (ПК-6)
- определить показания и противопоказания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией фито- и рефлексотерапии (ПК-6)
- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания (ПК-6)

- оказать первую врачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях и организовать при показаниях транспортировку и госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение (ПК-6)
- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара (ПК-8)
- оформить и вести надлежащим образом медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др. (ПК-10)
- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты (ПК-10)
- правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг (ПК-10)

3) Владеть:

- логическим мышлением; способностью к анализу и синтезу (УК-1)
- толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий (УК-2)
- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных (ПК-1)
- методикой расспроса больного (ПК-5)
- методикой наблюдения за пациентом (ПК-5)
- методикой сбора анамнестических и катamnестических сведений (ПК-5)
- методикой психопатологического анализа получаемой информации (ПК-5)
- методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии (ПК-5)
- методиками диагностики и подбора адекватной терапии при конкретной патологии (ПК-6)
- методиками распознавания и лечения неотложных состояний (ПК-6)
- дифференцированными методами реабилитации больных (ПК-8)
- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой больных (ПК-8)
- основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)

Перечень специальных практических навыков, которыми должен овладеть обучающийся:

1. Проведение методик на выявление галлюцинаторных расстройств.
2. Проведение методик на выявление расстройств мышления.
3. Проведение методик на выявление расстройств памяти и интеллекта.
4. Проведение методик на выявление признаков интоксикации ПАВ.
5. Применение проективных методик при выявлении психических расстройств.
6. Удержание беспокойного больного путем наложения фиксирующих повязок.
7. Купирование психомоторного возбуждения при алкогольном делирии.
8. Купирование абстинентного синдрома вызванного употреблением алкоголя.
9. Купирование абстинентного синдрома вызванного употреблением опиоидов.
10. Купирование абстинентного синдрома вызванного употреблением стимуляторов.
11. Купирование психомоторного возбуждения при острой реакции на стресс.
12. Неотложная помощь при суицидальном поведении.
13. Проведение инсулинокоматозной терапии.
14. Проведение транскраниальной магнитной стимуляции.
15. Проведение электросудорожной терапии.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 29 зачетных единиц, 1044 академических часов.

Общая трудоемкость		Количество часов					Форма контроля
в ЗЕ	в часах	Аудиторных			Практические занятия	Внеаудиторная самостоятельная работа	
		Всего	Лекции	Семинары			
29	1044	696	58	290	348	348	Зачет с оценкой по модулям

Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Наименование модулей	Всего часов на контактную работу	Аудиторные занятия			Внеаудиторная самостоятельная работа	Итого часов	Формируемые компетенции							Образовательные технологии		Формы текущего контроля		
		Лекции	Семинары	Практические занятия			УК-1	УК-2	ПК-1	ПК-5	ПК-6	ПК-8	ПК-9	ПК-10	традиционные		интерактивные	
	696	58	290	348	348	1044												
Модуль: Организация наркологической помощи в РФ. Общие вопросы наркологии.	24	4	12	8	12	36		+							+	ЛВ СЗ ПЗ	ДИ	С Т
Модуль: Методы обследования больных наркологического профиля	24	2	12	10	12	36	+			+						СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т
Модуль: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя	96	8	32	56	48	144	+		+	+	+	+	+			СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т ИБ
Модуль: Зависимость от психоактивных веществ (наркомании и токсикомании)	336	20	150	166	168	504	+		+	+	+	+	+			СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т ИБ

Модуль: Лечение алкоголизма. Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии	48	4	12	32	24	72	+	+	+	+	+	+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ МК	С Т	
Модуль: Медицинская психология	48	4	12	32	24	72	+		+	+		+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ КС	С Т	
Модуль: Неотложная наркология	24	2	12	10	12	36		+	+		+	+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т	
Модуль: Профилактика заболеваний наркологического профиля	24	4	12	8	12	36			+			+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т	
Модуль: Зависимость от ПАВ у лиц молодого возраста	24	2	12	10	12	36		+	+	+	+	+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т	
Модуль: Реабилитация в наркологии	24	4	12	8	12	36		+				+	+		СЗ ЛВ ПЗ	МГ ДИ	С Т	
Модуль: Основы аддиктологии	24	4	12	8	12	36	+			+			+		ЛВ СЗ ПЗ	МГ ДИ	С Т	
ИТОГО:	696	58	290	348	348	1044												

Список сокращений: лекция-визуализация (ЛВ), семинарское занятие (СЗ), практическое занятие (ПЗ), метод малых групп (МГ), деловая и ролевая учебная игра (ДИ), мастер-класс (МК), собеседование по контрольным вопросам (С), тестирование (Т).

III. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Содержание дисциплины

Модуль 1. Организация наркологической помощи в РФ. Общие вопросы наркологии.

Система организации наркологической помощи. Вопросы управления, экономики и планирования наркологической службы. Внебольничная наркологическая служба. Организация стационарной наркологической помощи. Предмет наркологии. Цель, задачи наркологии. Принципы оказания наркологической помощи. Группы психоактивных веществ. Определение понятий «зависимость», «наркомания», «токсикомания».

Модуль 2. Методы обследования больных наркологического профиля.

Сбор анамнестических сведений, включая наркологический анамнез. Клиническое обследование. Параклинические методы исследования. Методы диагностики употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ). Лабораторные тесты для идентификации больных алкогольной зависимостью.

Модуль 3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение). Зависимость от алкоголя. Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания. Клиническая динамика алкоголизма. Симптомы, синдромы и психопатологические состояния при алкоголизме, особенности их формирования. Алкогольная деградация. Пивной алкоголизм. Соматические последствия злоупотребления алкоголем. Поражения нервной системы при злоупотреблении алкоголем. Коморбидность алкоголизма. Формулировка диагноза при злоупотреблении алкоголем. Алкоголизм у женщин. Алкоголизм у лиц пожилого возраста. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме. Алкогольные психозы и другие психопатологические состояния при алкоголизме.

Модуль 4. Зависимость от психоактивных веществ (наркомании и токсикомании).

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (наркомании и токсикомании). Клинические проявления и закономерности течения зависимости от наркотических средств и психоактивных веществ. Принципы диагностики и лечения наркоманий и токсикоманий. Клиника и терапия психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Барбитуровая зависимость. Злоупотребление бензодиазепиновыми транквилизаторами. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением амфетаминов. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора эфедрона. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора первитина. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора с амфетаминоподобным действием (катинонсодержащие вещества). Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин. Злоупотребление «экстази». Клиника теизма и чефиризма. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов. Клиническая картина злоупотребления D-диэтиламидом лизергиновой кислоты (ЛСД). Клиническая картина злоупотребления галлюциногенами растительного происхождения. Злоупотребление фенциклидином. Кетамининовая наркомания. Циклодоловая зависимость. Димедроловая токсикомания. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и использования других ПАВ, «полизависимость» Типы сочетанного употребления ПАВ.

Модуль 5. Лечение алкоголизма. Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии.

Уровни терапевтического воздействия. Биологический. Клинический. Социальный. Этапы терапевтического воздействия. Интенсивная терапия острых состояний. Восстановительная и

противорецидивная терапия. терапия, направленная на стабилизацию ремиссии. Организация помощи больным алкоголизмом. Программы лечения зависимости от алкоголя. Фармакотерапия в клинике алкоголизма. Поддерживающая терапия. Лечение алкогольных психозов. Лечение алкогольных заболеваний нервной системы и сочетания алкоголизма с некоторыми психическими заболеваниями. Лечение алкоголизма в молодом, пожилом возрасте и у женщин.

Общие вопросы психотерапии. Специальная психотерапия в наркологии. Основные психотерапевтические методы и методики. Гипноз. Эмоционально-стрессовая гипнотерапия. Суггестивная психотерапия. Плацебо-терапия. Аверсивное лечение (условно-рефлекторная терапия). Сенсбилизация к ПАВ. «Кодирование» по А. Р. Довженко. Психическая саморегуляция. Аутогенная тренировка по И. Шульцу. Сознательное самовнушение по Э. Куэ. Прогрессивная мышечная релаксация по Э. Джекобсону. Адаптивное биоуправление. Индивидуальная рациональная психотерапия. Групповая психотерапия. Ситуационно-психологический тренинг. Семейная психотерапия. Другие немедикаментозные методы лечения в наркологии. Информационная коррекция. Иглорефлексотерапия. Электроакупунктура. Фитотерапия. Гемосорбция. Энтеросорбция. Гипербарическая оксигенация. Краниocereбральная гипотермия. Центральная электроанальгезия. Физиотерапия. Лечебное голодание.

Модуль 6. Медицинская психология. Медицинская психология. Психологические знания в профессиональной деятельности врача. Психология здоровья и психология болезни. Стресс в профессиональной деятельности врача. Личность и болезнь.

Психологические особенности общения врача и пациента в лечебном процессе. Конфликт в профессиональной деятельности врача. Медицинская психология в профилактике нарушений здоровья. Психодиагностика, психотерапия, психокоррекция в медицинской психологии.

Модуль 7. Неотложная наркология.

Приказ МЗ РФ № 256 от 29.11.1994. «Об организации отделений, палат неотложной наркологической помощи». Неотложные состояния в наркологии. Общие вопросы. Методы интенсивной терапии неотложных состояний в наркологии. Клиническая характеристика и лечение неотложных состояний в наркологии. Острая алкогольная интоксикация. Острое отравление алкоголем. Патологическое алкогольное опьянение. Острая интоксикация наркотическими и другими психоактивными веществами. Тяжелая степень острой интоксикации опиоидами. Тяжелая степень острой интоксикации каннабиноидами. Тяжелая степень острой интоксикации психостимуляторами. Тяжелая степень острой интоксикации барбитураторами. Тяжелая степень острой интоксикации транквилизаторами (бензодиазепинового ряда и др.). Тяжелая степень острой интоксикации летучими органическими растворителями. Тяжелая степень острой интоксикации психотомиметиками (производные ЛСД, псилобицин, «экстази»). Тяжелая степень острой интоксикации циклодолом и другими средствами с антихолинергическим действием. Тяжелые состояния отмены (абстинентный синдром). Особенности купирования психоза, развившегося на фоне абстинентных расстройств. Лечение острой алкогольной энцефалопатии. Неотложные состояния, возникшие у наркологических больных на фоне выраженной сопутствующей патологии.

Модуль 8. Профилактика заболеваний наркологического профиля.

Нормативно-правовая база профилактики. Законодательство РФ по вопросам профилактики наркологических расстройств. Виды профилактики. Первичная профилактика формирования расстройств наркологического профиля. Вторичная профилактика зависимости от ПАВ. Третичная профилактика зависимости от ПАВ. Мотивы употребления ПАВ. Общие факторы риска развития наркологических расстройств. Биологические факторы риска формирования наркологических расстройств. Макросоциальные факторы риска формирования наркологических расстройств. Микросоциальные факторы риска. Личностные факторы защиты. Здоровый образ жизни как профилактика формирования наркологических расстройств. Созависимость, как одна из причин формирования зависимости от алкоголя и других ПАВ. Заместительная терапия.

Модуль 9. Зависимость от ПАВ у лиц молодого возраста.

Общие вопросы этиологии и патогенеза заболеваний наркологического профиля в детском возрасте. Общая характеристика психогенных патологических формирований личности. Резидуально - органические нервно-психические расстройства у подростков. Олигофрения и

пограничные формы интеллектуальной недостаточности. Алкоголизм в подростковом возрасте. Наркомании в подростковом возрасте. Общие вопросы. Формы злоупотребления подростками наркотически действующими веществами. Последствия злоупотребления наркотически действующими веществами у подростков. Лечение зависимости от наркотически действующих веществ у подростков.

Модуль 10. Реабилитация в наркологии.

Нормативно-правовая база реабилитации. Реабилитационные структуры и модели реабилитационного процесса. Наркологические реабилитационные центры. Терапевтические сообщества. Движение «12 шагов»: «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы», «Аланон», «Алатин». Группы само- и взаимопомощи. Стационарозамещающие формы реабилитационной помощи: производственные мастерские, сельскохозяйственная деятельность, животноводческие комплексы.

Модуль 11. Основы аддиктологии.

Аддиктологическая терминология. Аддиктивное поведение. Диагностика аддиктивных расстройств. Классификация аддиктивных расстройств. Химические аддикции. Нехимические аддикции. Лечение и реабилитация аддиктивных расстройств.

Формы работы ординатора на практических или семинарских занятиях:

- Реферирование отдельных тем по дисциплинам.
- Подготовка тезисов, докладов для семинарских занятий.
- Обзор литературных источников.
- Участие в изготовлении учебных пособий (таблиц). Индивидуальные задания, выполняемые на практических занятиях (заключения по проблемным ситуациям, заключения по проектам на гигиенических кафедрах, курация больных).
- Самостоятельный анализ электроэнцефалограмм, электрокардиограмм, рентгенограмм, сонограмм и результатов других функциональных исследований.
- Амбулаторный прием больных с заполнением медицинской карты.

Доклады по результатам индивидуальных заданий, выполняемых во время производственной практики

3.2. Тематический план лекционного курса

№ Раздела, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	1.1. Система организации наркологической помощи. Вопросы управления, экономики и планирования наркологической службы. 1.2. Внебольничная наркологическая служба. Организация стационарной наркологической помощи.	2 2
2.	2.1. Сбор анамнестических сведений, включая наркологический анамнез.	2
3.	3.1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение). Зависимость от алкоголя. 3.2. Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания. 3.4. Симптомы, синдромы и психопатологические состояния при алкоголизме, особенности их формирования. 3.5. Алкогольная деградация.	2 2 2 2 2

4.	4.1.1. Современное состояние проблемы, распространенность наркоманий и токсикоманий. 4.1.9. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями. 4.2.1. Клиника острой интоксикации. 4.2.6. Медицинские последствия, обусловленные хронической интоксикацией наркотическими средствами и психоактивными веществами. 4.2.7. Этапы развития и течения наркоманий и токсикоманий. 4.3.4. Принципы купирования абстинентных состояний. 4.3.6. Принципы терапии в постабстинентном периоде и в период становления ремиссии. 4.4.1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. 4.4.3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств. 4.4.13. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и использования других ПАВ.	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
5.	5.1. Современная концепция терапии заболеваний наркологического профиля. 5.4. Фармакотерапия в клинике алкоголизма. Поддерживающая терапия.	2 2
6.	6.1. Медицинская психология. Психологические знания в профессиональной деятельности врача. 6.2. Психология здоровья и психология болезни.	2 2
7.	7.1. Организационные основы неотложной медицинской помощи больным наркологического профиля.	2
8.	8.1. Первичная, вторичная и третичная профилактика формирования расстройств наркологического профиля. 8.3. Выявление групп риска и работа с лицами групп риска по развитию зависимости.	2 2
9.	9.1. Детский возраст как этап развития личности. Особенности роста и развития детского организма (по А.Г. Сухареву). Школьные факторы риска формирования пограничных психических расстройств.	2
10.	10.1. Нормативно-правовая база реабилитации. 10.4. Современные методы медико-социальной реабилитации больных с учетом патогенеза, клинических особенностей, вариантов и форм наркологических расстройств.	2 2
11.	11.1. Общая аддиктология. 11.2. Частная аддиктология.	2 2
	Итого	58

3.3. Тематический план семинаров

№ Раздела, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	1.3. Предмет наркологии. Цель, задачи наркологии. Принципы оказания наркологической помощи.	6
2.	2.2. Клиническое обследование. Параклинические методы исследования. 2.4. Лабораторные тесты для идентификации больных алкогольной зависимостью.	6 6
3.	3.1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение). Зависимость от алкоголя. 3.2. Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания. 3.8. Поражения нервной системы при злоупотреблении алкоголем. 3.10. Формулировка диагноза при злоупотреблении алкоголем. 3.12. Алкоголизм у лиц пожилого возраста. 3.14. Алкогольные психозы и другие психопатологические состояния при алкоголизме.	4 4 6 6 6 6

4.	4.1.2. Классификация психоактивных веществ (ПАВ).	6
	4.1.4. Эффекты наркотических средств и психоактивных веществ.	6
	4.1.5. Механизмы развития толерантности, измененных психофармакологических эффектов, психической и физической зависимости.	6
	4.1.6. Механизмы соматических, неврологических и психических нарушений, обусловленные хронической интоксикацией наркотическими средствами и психоактивными веществами.	6
	4.1.7. Возрастные особенности формирования наркоманий и токсикоманий.	6
	4.1.9. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями.	6
	4.2.1. Клиника острой интоксикации.	4
	4.2.2. Синдром измененной реактивности.	6
	4.2.4. Синдром физической зависимости.	
	4.2.6. Медицинские последствия, обусловленные хронической интоксикацией наркотическими средствами и психоактивными веществами.	6
	4.2.8. Патоморфоз наркоманий.	6
	4.3.2. Лабораторная диагностика.	6
	4.3.4. Принципы купирования абстинентных состояний.	6
	4.3.5. Принципы терапии синдрома зависимости.	6
	4.4.1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов.	6
	4.4.2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.	6
	4.4.4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина.	6
	4.4.5. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением амфетаминов.	6
	4.4.6. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора эфедрона.	6
4.4.7. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора первитина.	6	
4.4.8. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора с амфетаминоподобным действием (катинонсодержащие вещества).	6	
4.4.9. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин.	6	
4.4.10. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.	6	
4.4.12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.	6	
4.4.13. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и использования других ПАВ	4	
5.	5.2. Организация помощи больным алкоголизмом.	6
	5.5. Лечение алкогольных психозов.	6
6.	6.3. Стресс в профессиональной деятельности врача.	6
	6.7. Медицинская психология в профилактике нарушений здоровья. Психодиагностика, психотерапия, психокоррекция в медицинской психологии.	6
7.	7.2. Неотложные состояния в наркологии. Общие вопросы.	6
	7.4. Клиническая характеристика и лечение неотложных состояний в наркологии.	6
8.	8.2. Профилактика зависимости от алкоголя и других ПАВ у лиц молодого возраста Вопросы реабилитации в программах профилактики зависимостей.	6
	8.4. Основные методы психокоррекции аддиктивных расстройств. Профилактика их формирования.	6
9.	9.2. Общие вопросы этиологии и патогенеза заболеваний наркологического профиля в детском возрасте. Общая характеристика психогенных патологических формирований личности.	6
	9.5. Диагностика зависимости от наркотически действующих веществ у подростков. Дифференциальная диагностика Лечение зависимости от наркотически действующих веществ у подростков.	6

10.	10.2 Концептуальные основы реабилитации. Реабилитационные структуры и модели реабилитационного процесса	6
	10.3 Медицинские, психологические и социальные аспекты реабилитации. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий	6
11.	11.3 Лечение и реабилитация аддиктивных расстройств	6
	11.4 Оценка эффективности лечения и реабилитации аддиктивных расстройств	6
	Итого	290

3.3. Тематический план практических занятий

№раздела, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	1.1. Система организации наркологической помощи. Вопросы управления, экономики и планирования наркологической службы.	4
	1.2. Внебольничная наркологическая служба. Организация стационарной наркологической помощи.	4
2.	2.1. Сбор анамнестических сведений, включая наркологический анамнез.	4
	2.3. Методы диагностики употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ).	6
3.	3.1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение). Зависимость от алкоголя.	6
	3.3. Клиническая динамика алкоголизма.	6
	3.4. Симптомы, синдромы и психопатологические состояния при алкоголизме, особенности их формирования.	10
	3.5. Алкогольная деградация.	4
	3.6. Пивной алкоголизм.	6
	3.7. Соматические последствия злоупотребления алкоголем	6
	3.9. Коморбидность алкоголизма.	6
	3.11. Алкоголизм у женщин.	6
	3.13. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме.	6
	4.	4.1.1. Современное состояние проблемы, распространенность наркоманий и токсикоманий.
4.1.2. Классификация психоактивных веществ (ПАВ).		6
4.1.3. Этиология и патогенез наркоманий и токсикоманий.		6
4.1.4. Эффекты наркотических средств и психоактивных веществ.		6
4.1.5. Механизмы развития толерантности, измененных психофармакологических эффектов, психической и физической зависимости.		6
4.1.6. Механизмы соматических, неврологических и психических нарушений, обусловленные хронической интоксикацией наркотическими средствами и психоактивными веществами.		6
4.1.7. Возрастные особенности формирования наркоманий и токсикоманий.		6
4.1.8. Наркомании и токсикомании у женщин.		6
4.1.9. Особенности формирования наркоманий у лиц с психическими нарушениями.		4
4.2.1. Клиника острой интоксикации.		6
4.2.2. Синдром измененной реактивности.		6
4.2.3. Синдром психической зависимости.		6
4.2.5. Изменения личности.		6
4.2.6. Медицинские последствия, обусловленные хронической интоксикацией наркотическими средствами и психоактивными веществами.		4
4.2.7. Этапы развития и течения наркоманий и токсикоманий.		4
4.3.1. Клиническая диагностика.		6
4.3.3. Лечение наркоманий и токсикоманий.		6
4.3.4. Принципы купирования абстинентных состояний.		4

	4.3.5. Принципы терапии синдрома зависимости.	6
	4.3.6. Принципы терапии в постабстинентном периоде и в период становления ремиссии.	4
	4.4.1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов.	4
	4.4.2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.	6
	4.4.3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств.	6
	4.4.5. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением амфетаминов.	6
	4.4.7. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кустарного стимулятора первитина.	6
	4.4.9. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин.	6
	4.4.11. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака.	6
	4.4.12. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.	6
	4.4.13. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и использования других ПАВ.	6
5.	5.1. Современная концепция терапии заболеваний наркологического профиля.	4
	5.3. Программы лечения зависимости от алкоголя.	6
	5.4. Фармакотерапия в клинике алкоголизма. Поддерживающая терапия.	4
	5.6. Лечение алкогольных заболеваний нервной системы и сочетания алкоголизма с некоторыми психическими заболеваниями.	6
	5.7. Лечение больных алкоголизмом с сопутствующими соматическими заболеваниями, пожилom возрасте и у женщин.	6
	5.8. Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии.	6
6.	6.1. Медицинская психология. Психологические знания в профессиональной деятельности врача.	4
	6.2. Психология здоровья и психология болезни.	4
	6.4. Личность и болезнь.	6
	6.5. Психологические особенности общения врача и пациента в лечебном процессе.	6
	6.6. Конфликт в профессиональной деятельности врача	6
	6.7. Медицинская психология в профилактике нарушений здоровья. Психодиагностика, психотерапия, психокоррекция в медицинской психологии.	6
7.	7.1. Организационные основы неотложной медицинской помощи больным наркологического профиля.	4
	7.3. Методы интенсивной терапии неотложных состояний в наркологии.	6
8.	8.1. Первичная, вторичная и третичная профилактика формирования расстройств наркологического профиля.	4
	8.3. Выявление групп риска и работа с лицами групп риска по развитию зависимости.	4
9.	9.1. Детский возраст как этап развития личности. Особенности роста и развития детского организма (по А.Г. Сухареву). Школьные факторы риска формирования пограничных психических расстройств.	4
	9.4. Алкоголизм и наркомания в подростковом возрасте. Формы злоупотребления подростками наркотически действующими веществами и последствия.	6
10.	10.1. Нормативно-правовая база реабилитации.	4
	10.4. Современные методы медико-социальной реабилитации больных с учетом патогенеза, клинических особенностей, вариантов и форм наркологических расстройств.	4

11.	11.1. Общая аддиктология.	4
	11.2. Частная аддиктология.	4
	Итого:	348

3.5. Образовательные технологии, в том числе перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

В процессе изучения дисциплины предусматривается использование следующих образовательных технологий, методов обучения и инновационных форм учебных занятий: технологии проблемного обучения, технологий развития критического мышления, технологии коллективного способа обучения, рейтинговой технологии, интерактивных занятий.

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине: мультимедиа технологии, технологии визуализации.

Для подготовки докладов, выполнения индивидуальных заданий ординаторы используют электронный каталог библиотеки, электронные ресурсы электронных библиотечных систем «Консультант врача» и «Консультант студента».

При этом используются разнообразные технические устройства и программное обеспечение, информационные и коммуникационные технологии.

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине: презентационная графика, интерактивные информационные технологии, учебные видеофильмы.

IV. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Текущий контроль успеваемости на занятиях проводится в форме устного опроса, собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, разбора клинических ситуаций, выписывания рецептов, оценки усвоения практических навыков в ходе работы с больными, написание и защита истории болезни, написание и защита реферата, доклада.

4.2. Промежуточная аттестация проводится в форме зачетов с оценкой по изученным модулям в конце семестра, состоящих из двух этапов: тестирования и решения клинической задачи

4.3. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Оценочными средствами для текущего контроля успеваемости являются: тестовые задания по каждому разделу дисциплины, ситуационные задачи, учебные истории болезни.

4.4. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации представлен в Приложении 1 к рабочей программе.

V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

5.1. Методические указания для самостоятельной работы

В процессе обучения осуществляются следующие виды самостоятельной работы:

Самостоятельная работа по изучению дисциплины во внеаудиторное время:

- Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе) с использованием учебных пособий и методических разработок кафедры, а также электронных учебных пособий;

- Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом.

- подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике, которые заслушиваются либо на практическом занятии (если тема доклада и занятия совпадают)

- выполнение НИР по актуальным вопросам теоретической и практической медицины с оформлением результатов в виде печатных работ и выступлений на заседаниях кафедры и научно-практических конференциях.

- подготовка учебных схем, таблиц;

- создание тематических учебных наборов инструментальных данных (ЭКГ, рентгенограмм, ультразвукового исследования) и лабораторных исследований;
- работа в компьютерном классе с обучающей и/или контролирующей программой;
- работа с учебной и научной литературой
- написание учебных историй болезни.
- работа в компьютерном классе с обучающей и/или контролирующей программой;
- работа с тестами и вопросами для самопроверки освоение алгоритма обследования больного в ходе обследования пациента с контролем со стороны преподавателя;
- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
- курация больных и написание истории болезни.
- участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.

Контроль самостоятельного изучения тем осуществляется на практических занятиях с использованием тестовых заданий, контрольных вопросов, ситуационных задач, а также в ходе промежуточной аттестации;

На кафедре для самостоятельной работы в аудиторное и внеаудиторное время созданы и постоянно обновляются методические разработки и электронные обучающе-контролирующие учебные пособия по всем темам рабочей учебной программы дисциплины (представлены в УМКД).

5.2. Примеры оценочных средств:

1. *Тестовые задания:*

Выберите один вариант ответа:

1. При делириозном помрачении сознания наблюдается:

- А. нарушение ориентировки в личности;
- Б. нарушение ориентировки в месте и времени;
- В. «двойственная» ориентировка;
- Г. нет дезориентировки.
- Д. полная дезориентировка

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

- А) толерантность снижается
- Б) толелантность повышается
- В) толелантность не меняется

2. *Контрольные ситуационные задачи:*

Задача: перечислите симптомы психических расстройств, определите синдром, поставьте диагноз, дайте обоснование диагноза, дифференциальный диагноз, лечение, вопросы экспертизы.

Больной К., 42 года, хирург. На протяжении почти недели много оперировал, мало спал. Был вызван по санитарной авиации в районную больницу. Ночью провел сложную операцию, которая завершилась лишь к четырем часам утра. Коллега предложил, «чтобы уснуть», выпить немного коньяка. Выпил 150 г, лег спать в кабинете заведующего отделением. Через 20 минут встал и, по свидетельству персонала, вошел в палату, где находилась только что оперированная пациентка, пытался ее изнасиловать. Агрессивно противодействовал персоналу, разбил окно палаты. После фиксации уснул, события опьянения амнезировал.

5.3. Примерная тематика рефератов:

1. Пивной алкоголизм: распространенность, особенности психических и соматических проявлений.

2. Табакокурение, социальные, экономические и медицинские аспекты.

VI. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

а) основная литература:

1. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм / В. Б. Альтшулер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 260 с. – Текст: непосредственный.
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416013.html> (дата обращения: 14.05.2020).
2. Психиатрия : национальное руководство / Ю. А. Александровский [и др.] ; гл. ред. Т. Б. Дмитриева [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский ; Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. о-во психиатров. - Кратк. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 622 с. : ил. - (Национальные руководства). – Текст: непосредственный.
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440179.html> (дата обращения: 14.05.2020).
3. Наркология : национальное руководство / А. А. Абакумова [и др.] ; под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой ; Ассоц. мед. о-в по качеству, Нац. наркол. о-во. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 926 с. - (Национальные руководства). – Текст: непосредственный.
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438886.html> (дата обращения: 14.05.2020).
4. Стеценко, С. Г. Медицинское право. Общая часть : учебно-методическое пособие / С. Г. Стеценко, А. Н. Пищита, В. М. Черепов ; М-во здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, Рос. мед. акад. последиплом. образования. - М. : [б. и.], 2004. - 72 с. – Текст: непосредственный
5. Сидоров, П. И. Клиническая психология : учебник для студентов медицинских вузов : [гриф] УМО : [гриф] МЗ РФ / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 880 с. – Текст: непосредственный.
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414071.html> (дата обращения: 14.05.2020).
6. Сперанская О.И., Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии: Руководство для врачей / Сперанская О.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 160 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420201.html> (дата обращения: 14.05.2020).
7. Шабанов, П. Д. Наркология : руководство для врачей / П. Д. Шабанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 832 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста. Наркология). – Текст: непосредственный
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431870.html> (дата обращения: 14.05.2020).
8. Рохлина, М. Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ / М. Л. Рохлина. - М. : Литтерра, 2010. - 255 с. - (Практические руководства). – Текст: непосредственный.

9. Шабанов, П. Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Лань, 2001. - 464 с. – Текст: непосредственный.
10. Сидоров, П. И. Наркологическая превентология : руководство / П. И. Сидоров . - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 720 с. – Текст: непосредственный.

б) дополнительная литература:

1. Даренский, И. Д. Аддиктивный цикл / И. Д. Даренский. - М. : Логос, 2008. - 255 с. – Текст: непосредственный.
2. Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация : материалы Российской конференции, Иваново, 8-10 июня 2005 года / ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию, Упр. здравоохранения Иван. обл. ; под ред. А. В. Худякова. - Иваново : [б. и.], 2005. - 158 с. – Текст: непосредственный.
3. Дудко Т.Н., ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ / Т.Н. Дудко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/970408872V0014.html> (дата обращения: 14.05.2020).
4. Зайцев, В. М. Прикладная медицинская статистика : учебное пособие для студентов медицинских вузов : [гриф] УМО : [гриф] МЗ РФ / В. М. Зайцев, В. Г. Лифляндский, В. И. Маринкин. - Изд. 2-е. - СПб. : Фолиант, 2006. - 427 с. – Текст: непосредственный
5. Козлова И.А., ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, НАЧИНАЮЩИЕСЯ ОБЫЧНО В ДЕТСКОМ ИЛИ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ / И.А. Козлова, Н.М. Иовчук - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/970406649V0031.html> (дата обращения: 14.05.2020).
6. Лужников, Е. А. Неотложные состояния при острых отравлениях (диагностика, клиника, лечение) / Е. А. Лужников, Ю. Н. Остапенко, Г. Н. Суходолова. - М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2001. - 220 с. – Текст: непосредственный.
7. Дмитриев, А. В. Конфликтология : учебное пособие для вузов : [гриф] МО РФ / А. В. Дмитриев ; рец.: М. Н. Руткевич, Д. А. Керимов. - М. : Гардарики, 2000. - 320 с.
8. Руководство по медицинской профилактике : для врачей и фельдшеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : [гриф] МЗ РФ : [гриф] УМО / Ассоц. мед. о-в по качеству ; под ред.: Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 450 с. : ил. - (Национальный проект "Здоровье") (Приоритетные национальные проекты "Здоровье"). – Текст: непосредственный
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5970403385.html> (дата обращения: 14.05.2020).
9. Сиволап, Ю. П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков. - М. : Медицина, 2005. - 302 с. – Текст: непосредственный.

10. Скалетта, Т. А. Неотложная травматология : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : [гриф] УМО / Т. А. Скалетта, Дж. Дж. Шайдер ; пер. с англ. под ред. С. П. Миронова. - 2-е изд. - М. : Медицинское информационное агентство, 2006. - 738 с. – Текст: непосредственный.
11. Трошин, В. Д. Острые нарушения мозгового кровообращения : руководство / В. Д. Трошин, А. В. Густов, О. В. Трошин ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, Нижегород. гос. мед. акад. - 2-е изд., перераб. и доп. - Нижний Новгород : НГМА, 2000. - 438 с. – Текст: непосредственный.
12. Худяков, А. В. Психологическая культура общения с компьютером: профилактика компьютерной игровой зависимости : практическое пособие / А. В. Худяков, А. В. Урсу ; Иван. обл. обществ. орг. Ассоц. практик. психотерапевтов. - Иваново : [б. и.], 2009. - 41 с. – Текст: непосредственный.

Базы данных, архивы которых доступны с персональной регистрацией:

- Научная электронная библиотека, Российский индекс научного цитирования;
- Электронный каталог ИвГМА;
- Электронная библиотека ИвГМА.

Базы данных, архивы которых доступны по подписке ИвГМА:

ЭБС Консультант студента;
ЭБС Консультант врача;
Scopus;
Web of science;
Elsevier;
SpringerNature.

VII. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии ИПО располагается на базе ОБУЗ ОКПБ «Богородское» и использует для учебных целей помещения стационара (с. Богородское), Диспансерного отделения (ул. Окуловой,12/88), ОБУЗ «ИОНД» (ул. Смирнова,39).

Площадь используемых помещений (стационар):

1. Кабинеты (2) профессорско-преподавательского состава: 34,5м²
2. Учебные комнаты: 20 м² и 16м².
3. Гардероб: 5,7 м²
4. Прочие: 7,9 м²

Итого общая площадь: 84,1 м²

Кафедра психиатрии располагается на базе ОБУЗ ОКПБ «Богородское» и использует для учебных целей помещения стационара (с. Богородское) и Диспансерного отделения (ул. Окуловой,12/88)

Площадь используемых помещений (стационар):

1. Кабинет зав. кафедрой: 29,5 м² ;
2. Ассистентская: 17,8 м² ;
3. Лаборантская: 10,4 м² (стационар);
4. Учебные комнаты: 20 м² , 20 м² , 11 м²
5. Актовый зал (для лекций): 143 м²;
6. Раздевалка: 5,2 м² .

Итого общая площадь: 256,9 м²

В том числе учебная площадь (с актовым залом): 194 м²

Средства обеспечения освоения дисциплины.

1. Учебные видеофильмы. Мультимедийные лекции.
2. Наборы слайдов по темам практических занятий и лекций.
3. Наборы рентгенограмм, клинических, биохимических анализов и др.
4. Банк тестовых заданий для практических занятий. Ситуационные задачи.
5. Таблицы по всем темам практических занятий.
6. Тематические папки дидактического материала.
7. CD-диски.
8. Оргтехника, для учебного процесса: компьютер, ноутбук., мультимедийный проектор.
9. Теле- и аудиоаппаратуры: музыкальный центр.
10. Материалов для освоения практических навыков: набор тестов для психодиагностики сфер психики, фотоматериалы по темам занятий, видеоматериалы.

VIII. Комплект лицензионного программного обеспечения

1. Microsoft Office
2. Microsoft Windows
3. Консультант +

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»
Институт последипломного образования**

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИПО

**Приложение № 1
к рабочей программе дисциплины**

**Фонд оценочных средств
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Психиатрия-наркология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

1. Паспорт ФОС по дисциплине «Психиатрия-наркология»

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1, 2, 3 семестры
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1, 2, 3 семестры
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	1, 2, 3 семестры
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	1, 2, 3 семестры
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	1, 2, 3 семестры
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1, 2, 3 семестры
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1, 2, 3 семестры
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1, 2, 3 семестры

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	Знает: - основы логики	Комплекты: 1. Тестовых	Зачет с оценкой по

		<ul style="list-style-type: none"> - философские диалектические принципы - методологию диагноза <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логическим мышлением - способностью к анализу и синтезу 	<p>заданий;</p> <p>2. Ситуационных задач.</p>	<p>модулям дисциплины</p> <p>1 -3 семестры</p>
2.	УК-2	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> -культурные особенности этнических меньшинств <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 		
3.	ПК-1	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретические основы, методы и принципы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии - санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение - проводить санитарно- 		

		<p>просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ - осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля - проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных 		
4.	ПК-5	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма - общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики - вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования - основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ - клиническая симптоматика патологических состояний <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества - правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного - выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания - провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с 		

		<p>употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности - поставить и обосновать окончательный диагноз - оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией - провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методикой расспроса больного - методикой наблюдения за пациентом - методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений - методикой психопатологического анализа получаемой информации - методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии 		
5.	ПК-6	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику наркологических заболеваний - клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях - принципы, приемы и методы психофармакотерапии при наркологических заболеваниях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых психотических состояниях - оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем - оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии 		

	<ul style="list-style-type: none"> - купировать психомоторное возбуждение - провести симптоматическую терапию с учетом особенностей острого и хронического действия алкоголя и психоактивных веществ на внутренние органы и системы организма - купировать абстинентное состояние у больного наркоманией с учетом формы и стадии заболевания - обосновать лечебную тактику при терапии больного алкоголизмом, наркоманией в состоянии постинтоксикации, абстинентного синдрома, острого психоза с сопутствующим поражением сердечно-сосудистой системы, легких, хирургическим вмешательством и т.д. - обосновать показания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией психотропных средств (нейролептиков, седатиков, снотворных) - определить показания и провести заместительную терапию или литическое отнятие наркотика больному наркоманией в тяжелом или осложненном абстинентном состоянии - разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному алкоголизмом и наркоманией - организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией – женщин, лиц молодого возраста, пожилых - участвовать в проведении психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы) - определить показания и противопоказания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией фито- и рефлексотерапии - оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания - оказать первую врачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях и организовать при 		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		<p>показаниях транспортировку и госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методиками диагностики и подбора адекватной терапии при конкретной патологии - методиками распознавания и лечения неотложных состояний 		
7.	ПК-8	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дифференцированными методами реабилитации больных - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой больных 		
8.	ПК-9	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы и методы формирования здорового образа жизни - организацию и принцип работы центра социальной реабилитации <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни 		
9.	ПК-10	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы законодательства о здравоохранении РФ и директивные документы органов и учреждений здравоохранения: нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и 		

	<p><i>ЛПУ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - правовые аспекты медицинской деятельности - основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оформить и вести надлежащим образом медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.) - правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты - правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях 		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Модули дисциплины:

- Организация наркологической помощи в РФ. Общие вопросы наркологии (УК-2, ПК-10)
- Методы обследования больных наркологического профиля (УК-1, ПК-5)
- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Зависимость от психоактивных веществ (наркомании и токсикомании) (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Лечение алкоголизма. Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Медицинская психология (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9)
- Неотложная наркология (УК-2, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Профилактика заболеваний наркологического профиля (ПК-1, ПК-8, ПК-9)
- Зависимость от ПАВ у лиц молодого возраста (УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Реабилитация в наркологии (УК-2, ПК-8, ПК-9)
- Основы аддиктологии (УК-1, ПК-5, ПК-9)

2. Оценочные средства

2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по модулям дисциплины.

2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии по модулю дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по модулям дисциплины.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются баллами по 5-балльной системе. Положительными оценками считаются оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Компетенция	Высокий уровень - отлично	Средний уровень- хорошо	Низкий уровень- удовлетворительно	Неудовлетворительно
УК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p> <p>Владеет: <u>Не способен самостоятельно абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p>
УК-2	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно управляет коллективом,</u></p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает</u></p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p>Владеет: <u>Не способен самостоятельно управлять коллективом, толерантно</u></p>

	<i>толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>	<i>социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>	<i>социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></i>	<i>воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</i> .
ПК-1	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> осуществляет комплекс 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</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс 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, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> осуществляет комплекс 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</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> осуществлять комплекс 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</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в</p>

	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>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</p>
ПК-5	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний,</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,</p> <p>Владеет: определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические</p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы</p>

	заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи обследования.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>
ПК-8	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет:</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>

	<p><u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Владеет: <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-9	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p>Умеет: <u>Под руководством преподавателя</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни <u>но допускает</u></p>	<p>Умеет: <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> пользоваться системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>

			<u>небольшие ошибки.</u>	
ПК-10	<p>Умеет: <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p>Умеет <u>Под руководством преподавателя</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p>Умеет <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Владеет: <u>Не способен</u> самостоятельно применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации. По каждому контролируемому модулю предлагается одна ситуационная задача. Оценка за собеседование по ситуационной задаче определяется как средняя арифметическая оценок за выполненные задания к задаче.

3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Итоговой оценкой за зачет по модулю является оценка за собеседование по ситуационной задаче.

МОДУЛЬ: ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Тестовые задания Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-10

Задание #1

Вопрос:

Термин “наркотик” применим:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
- 2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
- 3) и к тем, и к другим
- 4) ни к тем, ни к другим

Задание #2

Вопрос:

Пациент с алкогольным параноидом при госпитализации в наркологический стационар не дает определенного отказа или согласия на госпитализацию. Следует ли такую госпитализацию расценивать как добровольную?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) На усмотрение врача.

Задание #3

Вопрос:

При наличии у больных психическим заболеванием алкогольной зависимости они должны проходить лечение:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) в психиатрическом стационаре;
- 2) в специализированном учреждении;
- 3) в наркологическом диспансере;
- 4) в любом месте в зависимости от состояния;
- 5) в психиатрическом диспансере.

Задание #4

Вопрос:

Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) компульсивного влечения
- 2) способности достижения физического комфорта в интоксикации
- 3) абстинентного синдрома
- 4) утраты контроля над дозой
- 5) социальных последствий наркотизации

Задание #5

Вопрос:

О роли эйфории в развитии наркоманий свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психику
- 2) увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
- 3) введение наркотика наиболее эффективным путем
- 4) немедикаментозные способы усиления действия наркотика
- 5) применение нейролептиков для усиления действия наркотика

Задание #6

Вопрос:

Пациент с алкогольным параноидом ранее наблюдался в диспансерной группе, затем был переведен в группу лечебно-консультативного наблюдения в связи с отсутствием психоза и ремиссией. От родственников поступили сведения о том, что больной неделю назад возобновил употребление алкоголя, стал возбужденным, агрессивным, испытывает страх, перестал выходить из дома, с кем-то разговаривает. Ваши действия:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать немедленно без обращения в суд.
- 2) Обратиться в суд за получением санкции на освидетельствование.
- 3) Решение об освидетельствовании принять на комиссии врачей-психиатров-наркологов.

Задание #7

Вопрос:

Является ли разглашением врачебной тайны сообщение о состоянии психического здоровья врачом-наркологом государственного наркологического учреждения частнопрактикующему врачу-наркологу?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Нет, если получено согласие самого пациента на это.
- 4) Да, если пациент не дает на это согласия

Задание #8

Вопрос:

У больного, перенесшего острый интоксикационный психоз вследствие однократного употребления алкоголя и вдыхания паров бензина 5 лет назад, наблюдается устойчивая психопатоподобная симптоматика. Определите вид амбулаторной помощи.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

Задание #9

Вопрос:

В задачи стационарных наркологических отделений входит:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) оказание специализированной лечебно-диагностической помощи;

- 2) купирование психозов, связанных с потреблением психоактивных веществ;
- 3) недобровольное лечение наркологических больных в соответствующих случаях;
- 4) все перечисленное

Задание #10

Вопрос:

На прием к детскому наркологу учителем школы доставлен ученик 12 лет в связи с тем, что был обнаружен дышащим клеем «Момент» в школьном туалете. Врач-нарколог должен:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать школьника.
- 2) Отказать в освидетельствовании.
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.

Задание #11

Вопрос:

Пациентка наблюдается наркологом амбулаторно с диагнозом: деменция, связанная с употреблением барбитуратов. Синдром зависимости от барбитуратов, 3 стадия. Определите вид амбулаторной помощи:

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

Задание #12

Вопрос:

Система ощущений, переживаний, суждений, определяющих отношение человека к болезни, называется:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Защитным механизмом.
- 2) Диссимуляцией.
- 3) Внутренней картиной болезни.

Задание #13

Вопрос:

С какого возраста Закон предусматривает право самостоятельно обратиться за наркологической помощью?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) С 14 лет.
- 2) С 15 лет.
- 3) С 16 лет.
- 4) С 18 лет.
- 5) С 21 года

Задание #14

Вопрос:

Больной перенес интоксикационный психоз после приема большой дозы алкоголя в сочетании с какими-то таблетками, завершил лечение в наркологическом стационаре, и был выписан здоровым. Определите вид амбулаторного наблюдения.

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Лечебно-консультативное.
- 2) Диспансерное наблюдение.
- 3) Иное.

Задание #15

Вопрос:

На прием к наркологу обратилась мать 13-летней дочери с жалобами на изменившееся поведение дочери. Стала непослушной, раздражительной, без причины меняется настроение. Времена становятся странной, как будто одурманенной, уловила необычный запах от одежды девочки. Отец ребенка занимает по отношению к освидетельствованию наркологом нейтральную позицию. Как следует поступить врачу-наркологу?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать ребенка.
- 2) Освидетельствовать ребенка после получения согласия отца.
- 3) Получить согласие на освидетельствование ребенка согласие органа опеки и попечительства.

Задание #16

Вопрос:

Имеет ли право на получение бесплатной лекарственной помощи пациент с диагнозом героиновой зависимости, если он не является инвалидом и наблюдается в диспансерной группе наблюдения?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Да, имеет.
- 2) Нет, не имеет.
- 3) На усмотрение врача.

Задание #17

Вопрос:

Правовые акты, направленные против наркоманий, принимаются на всех перечисленных уровнях, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) уголовного законодательства РФ
- 2) соответствующей статьи Закона о здравоохранении
- 3) правовых актов минздравмедпрома РФ
- 4) постановлений исполкомов, территориальных округов

Задание #18

Вопрос:

В задачи наркологического диспансера входит:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) выполнение диагностической, лечебно-реабилитационной деятельности;
- 2) лечебно-консультативная работа;
- 3) экспертиза алкогольного опьянения.
- 4) все перечисленное

Задание #19

Вопрос:

Функциональные обязанности участкового врача психиатра-нарколога предполагают все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) осуществление лечебно-диагностической помощи больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями;
- 2) ведение регистрационной, учетной и отчетной документации;
- 3) оказание консультативной помощи больным, врачам общей лечебной сети участка обслуживания;
- 4) проведение санитарно-просветительной работы;
- 5) повышение уровня квалификации врачей общей сети.

Задание #20

Вопрос:

Профилактическому учету не подлежат:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) лица, замеченные в единичных случаях употребления токсикоманических веществ;
- 2) лица, у которых были зарегистрированы отдельные случаи немедицинского употребления наркотических средств;
- 3) больные алкоголизмом с длительной ремиссией;
- 4) бытовые пьяницы;

Задание #21

Вопрос:

На прием к наркологу обратились соседи 68-летнего Н. с просьбой о его освидетельствовании, указав, что Н. не может себя обслуживать, забывает выключать воду, газ, выходит на мороз раздетым. Сообщили, что Н. долгие годы злоупотребляет алкоголем, употребляет суррогаты, засыпает пьяным на улице. Примите решение:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать Н. недобровольно без санкции суда.
- 2) Освидетельствовать Н. недобровольно после получения санкции суда.
- 3) Сообщить о ситуации в орган опеки и попечительства.

Задание #22

Вопрос:

Пациент в возрасте 14 лет с синдромом зависимости от ЛОВ после госпитализации в наркологический стационар потребовал сообщить ему его диагноз. ___ Имеют ли он право на такую информацию?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Только с согласия родителей.

Задание #23

Вопрос:

Сведения о больном, находящемся на лечении в наркологической клинике, по телефону можно предоставить:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Начальнику отдела кадров.
- 2) Участковому милиционеру.
- 3) Работнику прокуратуры.
- 4) Всем перечисленным.
- 5) Никому.

Задание #24

Вопрос:

Пациент синдромом алкогольной зависимости во время запоя совершает действия, приносящие имущественный вред членам его семьи (пропивает вещи, продает квартиру). От госпитализации в наркологический стационар он отказывается, родственники настаивают на госпитализации. Применима ли в данном случае недобровольная госпитализация?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) На усмотрение врача.
- 4) Только по заявлению родственников.

Задание #25

Вопрос:

Работа кабинета анонимного лечения осуществляется таким образом, что на обратившегося:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не заводится письменная мед. документация;
- 2) заводится медицинская амбулаторная карта по общим правилам;
- 3) письменная документация заводится по усмотрению обратившегося;
- 4) заводится медицинская карта без указания фамилии и адреса обратившегося;
- 5) никакой письменной документации не заводится.

Задание #26

Вопрос:

Врачу-наркологу поступило заявление от соседей Н. по коммунальной квартире. В заявлении указано, что Н. ежедневно употребляет алкоголь, напивается до выраженного опьянения, опохмеляется, ведет себя агрессивно, нецензурно бранится, дерется, угрожает физической расправой. Ваши действия:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать немедленно без обращения в суд.
- 2) Обратиться в суд за получением санкции на освидетельствование.
- 3) Решение об освидетельствовании принять на комиссии врачей-психиатров.
- 4) Отказать в освидетельствовании.
- 5) Запросить дополнительную информацию.

Задание #27

Вопрос:

Участковому врачу-наркологу поступило заявление от матери о том, что ее сын злоупотребляет алкоголем, вымогает деньги, требует защитить его от преследователей, не спит ночами, прячется за занавесками от преследователей. Ваши действия:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Провести недобровольное освидетельствование немедленно.

- 2) Освидетельствовать после получения санкции суда.
- 3) Освидетельствовать после заключение комиссии врачей-психиатров-наркологов.

Задание #28

Вопрос:

Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неодолимости
- 2) чрезвычайной интенсивности
- 3) специфичности
- 4) несобранности, рассеянности больного
- 5) аффективной напряженности

Задание #29

Вопрос:

На прием к детскому наркологу обратилась мать 12-летнего ребенка с жалобами на плаксивость, беспокойный, с кошмарами ночной сон. Обнаружила у сына использованные тюбики от клея «Момент». Отец ребенка категорически отказывается от освидетельствования ребенка наркологом. Как должен поступить врач-нарколог?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать ребенка с согласия матери.
- 2) Освидетельствовать ребенка после получения согласия обоих родителей.
- 3) Освидетельствовать ребенка с согласия органа опеки и попечительства.

Задание #30

Вопрос:

Получены сведения об ухудшении состояния психического здоровья пациента хроническим алкогольным галлюцинозом, состоящего под диспансерным наблюдением. Ваши действия:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать пациента после получения санкции суда.
- 2) Отказать в освидетельствовании пациента.
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.
- 4) Освидетельствовать после решения комиссии врачей-наркологов.
- 5) Освидетельствовать пациента в обязательном порядке.

Задание #31

Вопрос:

Родственники обратились к врачу наркологу в связи с ухудшением состояния психического здоровья пациента алкогольной зависимостью с изменениями личности, состоящего под консультативным наблюдением. Ваши действия:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Освидетельствовать пациента на общих основаниях.
- 2) Освидетельствовать после разрешения суда
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.
- 4) Освидетельствовать после решение комиссии врачей-наркологов.
- 5) Освидетельствовать пациента в обязательном порядке.

Задание #32

Вопрос:

Термин “наркотическое” средство включает в себя следующие критерии

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) медицинский
- 2) социальный
- 3) юридический
- 4) все перечисленные

Задание #33

Вопрос:

Врачебные комиссии наркологических диспансеров решают следующие задачи:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) определение наличия или отсутствия медицинских (наркологических) противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности;
- 2) направление больных на медико-социальную экспертизу;
- 3) экспертизы алкогольного или наркотического опьянения;
- 4) все перечисленное

Задание #34

Вопрос:

Больной алкогольной зависимостью 2 стадии, алкогольным бредом ревности был госпитализирован в наркологический стационар и потребовал от лечащего врача сообщить ему диагноз. Больной агрессивно настроен к жене, критика к психическим расстройствам отсутствует. Обязан ли врач-нарколог в данном случае информировать пациента о состоянии его психического здоровья?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Нет, но с последующим обязательным информированием по мере улучшению психического состояния пациента.

Задание #35

Вопрос:

Пациент выписан из наркологического стационара с диагнозом: синдром алкогольной зависимости 2 стадии с расстройством личности. Определите вид амбулаторной помощи:

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

Задание #36

Вопрос:

Пациенту установлен диагноз: деменции, связанной с употреблением алкоголя, синдром алкогольной зависимости, ремиссия 1 год. Он признан инвалидом 2 группы инвалидности. Определите вид амбулаторной наркологической помощи.

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

Задание #37

Вопрос:

К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) измененной реактивности
- 2) психической зависимости
- 3) физической зависимости
- 4) последствий злоупотребления наркотиками

Задание #38

Вопрос:

Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) удовлетворение любопытства
- 2) желание отвлечься от будничных трудностей
- 3) необходимость признания “своим” в микрогруппе
- 4) желание испытать новые ощущения
- 5) все перечисленные

Задание #39

Вопрос:

Пациент, страдающий алкогольной зависимостью с изменениями личности и легкими когнитивными расстройствами, признанный судом ограниченно дееспособным, в период отсутствия попечителя оформил в наркологическом стационаре доверенность на получение денежных средств иному лицу. Главный врач больницы удостоверил данную доверенность. Правомерно ли он поступил?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Да, если было получено согласие органа опеки и попечительства.

Задание #40

Вопрос:

Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) паразитическим образом жизни
- 2) разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
- 3) утратой желания трудиться
- 4) эгоцентризмом
- 5) всем перечисленным

Ответы:

- 1) Верные ответы: 1;
- 2) Верные ответы: 1;
- 3) Верные ответы: 3;
- 4) Верные ответы: 5;
- 5) Верные ответы: 5;
- 6) Верные ответы: 1;

- 7) Верные ответы: 4;
- 8) Верные ответы: 1;
- 9) Верные ответы: 4;
- 10) Верные ответы: 1;
- 11) Верные ответы: 1;
- 12) Верные ответы: 3;
- 13) Верные ответы: 3;
- 14) Верные ответы: 2;
- 15) Верные ответы: 3;
- 16) Верные ответы: 2;
- 17) Верные ответы: 4;
- 18) Верные ответы: 4;
- 19) Верные ответы: 5;
- 20) Верные ответы: 1;
- 21) Верные ответы: 2;
- 22) Верные ответы: 1;
- 23) Верные ответы: 5;
- 24) Верные ответы: 2;
- 25) Верные ответы: 4;
- 26) Верные ответы: 1;
- 27) Верные ответы: 1;
- 28) Верные ответы: 4;
- 29) Верные ответы: 1;
- 30) Верные ответы: 2;
- 31) Верные ответы: 2;
- 32) Верные ответы: 4;
- 33) Верные ответы: 4;
- 34) Верные ответы: 1;
- 35) Верные ответы: 1;
- 36) Верные ответы: 2;
- 37) Верные ответы: 4;
- 38) Верные ответы: 5;
- 39) Верные ответы: 1;
- 40) Верные ответы: 5;

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной Б. 54 лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал

столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителей, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача №2

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное

восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «добре и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача №3

Больная Л., 28 лет, инвалид 2 группы по хирургическому заболеванию. Родилась в двойне, брат страдает эпилепсией, инвалид с детства. Росла возбудимой, лживой, упрямой. В школе училась плохо, ленилась, и интереса к занятиям не было, не имела и других интересов. Близких подруг не имела. Из 9 класса была отчислена в связи с неуспеваемостью. 10 лет не работала, жила с матерью и братом. В течение всей жизни была к матери очень привязана. Несколько лет назад родные устроили её гладильщицей в баню, через 5 дней работы попала правой рукой в гладильную машину, получила тяжёлую травму кисти, лечилась у хирургов. Все эти годы «вела разгульный образ жизни». Устраивала дома пьянки, собирала на них случайных и малознакомых людей. Мать (соматически больную и беспомощную женщину) и брата запирала на это время в комнате. Соседи несколько раз вызывали милицию в связи с шумом и скандалами. Пила запоями по несколько дней, опохмелялась, пропивала пенсию. Часто находилась в состоянии выраженного алкогольного пьянения. Дома обслуживала себя полностью. Имела многочисленные сексуальные связи случайного характера в состоянии опьянения.

3 месяца назад у матери резко ухудшилось состояние, у больной в это время был запой и мать госпитализировали спустя несколько дней. После этого стала тревожной, звонила родным, спрашивала, «правда ли, что она убила мать», «правда ли, что она заразилась сифилисом», угрожала взорвать квартиру. Говорила, что хочет «уйти вместе с матерью. «Была возбуждена, разбила дома окна, открыла газовые краны, все залила воспламеняющимися жидкостями, подожгла, в квартире начался пожар. Нанесла себе несколько поверхностных ножевых ранений в живот. Когда приехали пожарные и милиция, сидела в комнате с растерянным видом, односложно отвечала на вопросы. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где вела себя неадекватно. Ни с кем не общалась, разговаривала сама с собой. В больнице узнала о смерти матери, на похоронах не была. После выписки дома испытывала страх, не могла оставаться одна,

слышала вокруг голоса родственников, угрозы, комментирование её действий. Ощущала присутствие матери в квартире. Постепенно голосов стало больше, они «ругали и хвалили её», стала замечать, что люди на улице следят за ней, «хотят сделать что-то нехорошее», считала, что за ней ведётся слежка дома, кто-то знает её мысли, раздражали телевизор и холодильник, ощущала неопределённое воздействие «от электричества». В связи с таким состоянием была госпитализирована. При поступлении была возбуждена, говорила, что «лучом считывают мысли». В отделении около месяца сохранялось ощущение неопределённого воздействия, «голоса», ощущала тревогу и неприятные предчувствия.

Соматической и неврологической патологии выявлено не было.

ЭЭГ и Эхо-ЭГ без патологии.

Психолог определил лёгкое ослабление внимания и снижение продуктивности мнестической функции.

После терапии нейролептиками и антидепрессантами симптоматика купировалась, относилась к переживаниям с формальной критикой. Была выписана домой.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

Задача №4

Больной Л., 43-х лет, прапорщик. В течение года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

Наследственность неотягощена. Окончил медучилище, успешно служил в морской пехоте, работал медбратом. Последние годы служит фельдшером в воинской части. Был женат, от брака двое детей.

8 лет назад в течение месяца участвовал в боевых действиях в Чечне, тогда получил черепно мозговую травму с потерей сознания, обстоятельств её не помнит, за помощью не обращался.

Первое время беспокоил шум в голове, головные боли, потом всё прошло. 4 года назад несколько месяцев служил в Югославии, там получил письмо от друга с сообщением, что жена ему изменяет.

С тех пор постоянно думал о неверности жены. Со службой справлялся хорошо, но в последние годы стал недисциплинированным, имел взыскания за употребление алкоголя, невыходы на работу.

Стал вспыльчивым. Около 10 лет систематически злоупотребляет алкоголем, утратил количественный контроль, толерантность повысилась до 1 литра водки в день, часто возникали амнестические формы опьянения, в абстиненции тремор, бессонница, интенсивное влечение к спиртному. Из-за пьянства и скандалов в семье брак распался 3 года назад, но продолжал навещать жену, постоянно скандалил, ссорился, ревновал, надеялся восстановить семейные отношения.

В течение 1,5 лет стал замечать изменившееся к нему отношение со стороны сослуживцев и окружающих, замечал на улице подозрительных людей, которые за ним следили, сослуживцы «со скрытой целью» расспрашивали о его жизни, выведывали, проверяли, считал, что начальство хочет лишить его обещанной квартиры.

Устраивали ему провокации, специально на улице подсылали женщин, внешне похожих на жену, чтобы «подставить» его, проверить, не фиктивный ли у него брак. Несмотря на расторжение брака, продолжал ревновать жену, в качестве доказательств приводил такие «факты», как, например, позднее возвращение жены домой. Считал, что за всеми провокациями и слежками стоит жена. В состоянии алкогольного опьянения и похмелья эпизодически слышал невнятные мужские голоса, которые говорили о неверности жены, смеялись над ним.

В состоянии опьянения, придя к жене, услышал мужской голос в её квартире, понял, что жена изменяет, нанёс ей два ножевых ранения в спину. Был привлечён к уголовной ответственности, признан невменяемым, около года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

В отделении был раздражителен, когда разговор касался значимых для него тем, мышление становилось вязким, обстоятельным, становился эмоционально напряжённым, подробно рассказывал о ревности, преследовании. Был подозрителен, тревожен, говорил, что в отделении «подсадные утки», они «выведывают», настороженно воспринимал визиты сослуживцев.

Терапевтом диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения.

Заключение невролога: Токсическая и посттравматическая энцефалопатия.

После проведенной терапии болезненная симптоматика полностью купировалась. Влечение к алкоголю отрицал, строил реальные планы, собирался прекратить встречаться с прежней женой, неприязни к ней не испытывал. Из армии был комиссован. Принудительное лечение прекращено.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

МОДУЛЬ: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5

Задание #1

Вопрос:

Анамнестические данные о начале приобщения к алкоголю позволяют судить:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) об изначальной толерантности;
- 2) об особенностях клиники состояния острой интоксикации алкоголем;
- 3) о реактивности организма к алкоголю;
- 4) о степени прогрессивности алкоголизма;
- 5) о мотивах употребления алкоголя

Задание #2

Вопрос:

Изложение в анамнезе данных о психической или характерологической патологии должно отвечать следующим требованиям:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) излагаться описательным способом;
- 2) отражаться в хронологической последовательности;
- 3) использования объективных данных;
- 4) использования субъективных данных;
- 5) верно все.

Задание #3

Вопрос:

Анамнестические сведения собирают, соблюдая принцип получения данных:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) от настоящего к прошлому;
- 2) от прошлого к настоящему;
- 3) о настоящем состоянии больного;
- 4) не только о болезни, но и о жизни больного.
- 5) о жизни родственников больного;

Задание #4

Вопрос:

Намеренное усиление и демонстрация признаков имеющегося в действительности расстройства в расчете на получение выгод и льгот называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Симуляцией.
- 2) Анозогнозией.
- 3) Аггравацией.
- 4) Диссимуляцией.
- 5) Регрессией.

Задание #5

Вопрос:

Основным в диагностике психических расстройств является метод

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Рентгенологический
- 2) Электроэнцефалографический
- 3) Клиническо-психопатологический
- 4) Генеалогический
- 5) Экспериментально-психологический

Задание #6

Вопрос:

Система ощущений, переживаний, суждений, определяющих отношение человека к болезни, называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Защитным механизмом.
- 2) Диссимуляцией.
- 3) Внутренней картиной болезни.
- 4) Внешней картиной болезни
- 5) Анозогнозией

Задание #7

Вопрос:

Механизм психологической защиты, когда пациент невольно забывает неприятные факты, называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Регрессией.
- 2) Расщеплением.
- 3) Вытеснением.
- 4) Конверсией.
- 5) Сублимацией.

Задание #8

Вопрос:

Неспособность понять болезненный характер своего поведения и высказываний, отсутствие чувства болезни называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Гипернозогнозией.
- 2) Анозогнозией.
- 3) Симуляцией.
- 4) Аггравацией.
- 5) Гипонозогнозией

Задание #9

Вопрос:

При опросе подростков, страдающих зависимостью от ПАВ, приемлемо:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) общение в форме непринужденной беседы;
- 2) обсуждение тем, интересующих подростка;
- 3) отсутствие видимой схемы опроса;
- 4) обращение на «ты»;
- 5) верно все.

Задание #10

Вопрос:

Ведущим методом изучения наркологических больных является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Психологическое исследование.
- 2) Психоанализ.
- 3) Клинический метод.
- 4) Лабораторные методы
- 5) Инструментальные методы

Задание #11

Вопрос:

Лабораторная диагностика наркоманических зависимостей включает в себя применение следующих методов

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) радиоиммунных
- 2) ферментных
- 3) тонкослойной хроматографии
- 4) газовой масс-спектрометрии
- 5) всех перечисленных

Задание #12

Вопрос:

К генетическим методам исследования, применяемым в наркологии, относятся:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) изучения приемных детей;
- 2) близнецовый;
- 3) цитогенетический;
- 4) изучения полусибсов.

Ответы:

- 1) Верные ответы: 4;
- 2) Верные ответы: 5;
- 3) Верные ответы: 4;
- 4) Верные ответы: 3;
- 5) Верные ответы: 3;
- 6) Верные ответы: 3;
- 7) Верные ответы: 3;
- 8) Верные ответы: 2;
- 9) Верные ответы: 5;
- 10) Верные ответы: 3;
- 11) Верные ответы: 5;
- 12) Верные ответы: 3;

Ситуационные задачи

Задача № 1

Алексей Г., 17 лет. Мать страдает хроническим алкоголизмом, отец также склонен к выпивкам. Три года назад родители разошлись - подросток сам захотел жить с отцом. Окончил 8 классов, учился посредственно. По своему желанию поступил учеником повара в ресторан на вокзале. Полгода назад был ушиб головы с потерей сознания. Еще с 13 лет в компании подростков стал выпивать. Последние два года регулярно и интенсивно алкоголизировался уже в малознакомых компаниях. Уже год как сам стал инициатором выпивок (почти ежедневно после работы в ресторане). Раньше предпочитал вино, теперь стал пить водку - до 0,5 л и более на прием. В опьянении всегда «радостное настроение», очень общителен, легко заводит знакомства. Последние полгода исчез рвотный рефлекс на передозировку. Отдельные события во время опьянения стали выпадать из памяти. Например, не помнил, кому, будучи пьяным, «подарил» свой паспорт. Дважды пьянствовал непрерывно по несколько дней - на работе прогулы покрывали.

За день до поступления в психиатрическую клинику в состоянии опьянения по предложению малознакомого подростка принял несколько каких-то таблеток на букву «ц». Последующую ночь дома не мог уснуть - сперва снились страшные сны, а потом не спал, слышались какие-то странные шорохи, за окном увидел «парней в цветных куртках», один из них кричал, что убьет его. Боялся, что с ним «расправятся». Наутро все прошло, понял, что мерещилась чепуха, пошел на работу, где в этот день ему была сделана прививка поливакциной. Вечером дома поднялась температура. Помнит, что горела голова, остужал ее под холодным душем. О последующем рассказывает путанно. Не помнит, как оказался в больнице, но красочно рассказывает о ярких зрительных галлюцинациях: видел парней, которые договаривались с ним расправиться: за окном увидел приятелей, видел, как они бросили ему в окно пачку сигарет (очень хотелось курить), искал на полу сигареты - не мог найти. Слышал мужской голос, грозивший его убить. Больницу сперва принял за милицию.

После инъекции аминазина сразу уснул и наутро проснулся без психотических явлений с полной критикой к пережитому. Несмотря на астению, быстро перезнакомился с подростками, потянулся к асоциальным и сразу стал лидером среди них.

В беседе был общителен, живо рассказывал о своих выпивках и о пережитых галлюцинациях. Признался, что работать в вокзальном ресторане ему надоело - «каждый день одно и то же» - хочет перейти в вагон-ресторан, чтобы поехать по стране. Половая жизнь с 15 лет - случайные связи. Жениться не желает - «хочу погулять на свободе». С отцом отношения хорошие.

Физическое развитие с умеренной акселерацией.

При неврологическом осмотре - без отклонений.

На ЭЭГ - умеренные диффузные изменения.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки установлена склонность к диссимуляции личностных отношений и диагностирован гипертимный тип. Отмечена очень высокая психологическая склонность к алкоголизации. Самооценка -

удовлетворительная: по шкале субъективной оценки достоверно выступили гипертимные черты, отрицаются черты сенситивные и выявлена амбивалентность в отношении черт неустойчивого типа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 2

Сергей С. 17 лет. Из благополучной семьи. До 13 лет учился удовлетворительно, увлекался боксом и борьбой. В 13 лет - бурное половое созревание, стал непослушным, заявил, что ему «все надоело», стал прогуливать школу и проводить время в уличных компаниях. С трудом окончил 8 классов и поступил в ТУ (выбрал, где попроще - без среднего образования). С 14 лет начал выпивать в компании подростков. Сразу потянуло «пить до отключения». Пьяным становился злобным, со всеми лез в драку, бил ни за что своих же приятелей, отца, девушек, с которыми сожительствовал. Признался, что готов избить любого, кто на глаза попадет. В 15 лет был условно осужден за нанесение побоев в пьяном виде. Несмотря на это, продолжал пьянствовать и драться. За последний год появились отчетливые палимпсесты, исчез рвотный рефлекс на передозировку алкоголя, заметно возросла толерантность («начал-с полбутылки вина, а теперь по 700 г водки выпиваю в раз»). Ничем, кроме выпивки, не интересуется. С трудом окончил ТУ, работает слесарем спустя рукава, часто прогуливает. К родителям стал относиться безразлично: не навещал в больнице тяжелобольную мать. Никаких планов на будущее не строит. Весь заработок пропивает, живет на средства отца. Имеет «свою компанию», в которой заправляет. Дважды попадал в вытрезвитель. Недавно сам явился в психиатрический диспансер с просьбой «подлечиться от алкоголизма». В психиатрической клинике держался развязно, был требователен к персоналу, сразу стал верховодить среди асоциальных подростков, обижал более слабых.

В беседе охотно дал сведения о своей алкоголизации. Утверждал, что вынужден опохмеляться по утрам, но явлений абстиненции при поступлении не обнаружил. Признался, что половой жизнью живет с 14 лет - случайные связи, в том числе со взрослыми женщинами, которые вели аморальный образ жизни. Говорил о своих сожительницах с грубой циничностью, рассказал, что отнимал у них небольшие суммы денег на выпивки. Какие-либо нарушения, кроме бывших в пьяном виде драк, отрицал. Подчеркивал, что за ним «ничего не числится». Отвечал неторопливо, осмотрительно. В дальнейшем выяснилось, что в пьяном виде на работе избил мастера и решил укрыться от ответственности в психиатрическую больницу.

При осмотре - атлетическое телосложение при среднем росте, приземистая фигура; отмечена легкая асимметрия лицевой иннервации и коленных рефлексов. На ЭЭГ - без отклонений.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован эпилептоидный тип с резко выраженной склонностью к алкоголизации и делинквентности. Самооценка - недостаточная: по шкале субъективной оценки каких-либо черт достоверно не выявлено, отрицаются черты меланхолического и сенситивного типа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 3

Владимир О., 15 лет. Вырос в асоциальной семье: отец осужден на длительный срок, мать страдает алкоголизмом, ведет аморальный образ жизни. Сведения о детстве скудные. Известно, что до 10 лет держался ночной энурез. В школе с первого класса труден, возбудим, бил детей, отнимал у них деньги и приглянувшиеся ему вещи. С 11 лет забросил учебу, время проводил в уличных компаниях, связался со взрослыми преступниками, участвовал в кражах, начал выпивать. Комиссией по делам несовершеннолетних был помещен в специальную школу-интернат. Оттуда за 4 года совершил 9 побегов, всякий раз его разыскивала и возвращала милиция. В 14 лет во время побега скрывался около двух месяцев у какой-то женщины-алкоголички, с которой сожительствовал. Пойманный, заявил в милиции, что он якобы совершил убийство и указал место, где спрятал труп. Там были обнаружены следы крови. Признался, что обманул, что там просто была драка, а он надеялся, что его самого повезут на это место, и обдумал, как по дороге совершить побег. В специальном интернате неоднократно бывал наказан за драки с другими воспитанниками. Обнаружил гомосексуальные склонности. Ненавидел воспитателя своей группы. Подкараулил его в мастерской и ударил молотком по голове - нанес тяжелую травму. Был направлен на обследование в психиатрическую клинику.

В клинике держался напряженно, настороженно, но вскоре стал преследовать слабых, издеваться над ними, склонять к развратным действиям. Был переведен на отделение для взрослых со строгим надзором. Во время беседы угрюм, осмотрителен в ответах. Рассказал, что в возрасте 11 лет, гоня голубей, упал с крыши двухэтажного здания, потерял сознание, но мать к врачу не обратилась. После этого падения стало иногда укачивать во время езды на транспорте. Курит и выпивает с 11 лет. Любит напиваться до полного отключения («пока не отрублюсь»). В опьянении часто «разбирает злоба», срывает ее на первом встречном, жестоко бьет. Однажды, когда рядом никого не было, «от злости всадил себе в ногу перочинный нож» - показал рубец на голени. Своего воспитателя в интернате называет пьяницей и садистом. Ударил его из мести - перед этим на общем собрании группы этот воспитатель "его «назвал таким словом, что все хохотали». В поступке своем не раскаивается. Никаких планов на будущее не строит, ничем никогда не увлекался, близкого друга не имел («может выдать»), не влюблялся.

Физическое развитие по возрасту, среднего роста и крепкого телосложения. На теле несколько рубцов - следы ожогеч и вытравленных татуировок - содержания их не раскрыл. Сохранены две татуировки - знак «зона» на ноге и собственное имя - на руке. Со стороны неврологического статуса и на ЭЭГ - без отклонений.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован резко выраженный эпилептоидный тип, имеется указание на возможность формирования психопатии этого типа. Отмечена высокая склонность к алкоголизации и делинквентности, резко выраженная реакция эмансипации и высокий В-индекс (указание на возможность изменений характера вследствие резидуального органического поражения головного мозга). Самооценка - неверная: по шкале субъективной оценки выступили шизоидные и психастенические черты. Катамнез через 2 года. Находится в воспитательно-трудовой колонии

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

Задача № 4

Алексей Л., 16 лет. Отца не помнит - тот оставил семью, когда сын был маленьким. По словам матери, отец был вспыльчивым, гиперсексуальным, «несколько раз после скандалов резал себе вены». Мать лечилась у психиатра от «колебаний настроения», год назад совершила суицидную попытку, приняв большую дозу прописанного ей amitriptylina.

Во время беременности был токсикоз, угрожающий выкидыш. Развивался без задержки, но был крикливым, возбудимым. В 6 лет ушиб головы с потерей сознания. В школе учился удовлетворительно, но был недисциплинированным и очень драчливым. Рос под неусыпным надзором матери, бабушки и дяди, которого побаивался и не любил. Довольно успешно занимался спортом.

В 14 лет по окончании 8 классов поступил в техникум. В тот же год - бурное половое созревание. Влюбился в красивую однокурсницу, вступил с ней в половую связь, она от него забеременела и когда сделала аборт, то объявила о полном разрыве с ним. Когда услышал от нее об этом, «вдруг охватила страшная тоска, захотелось что-то с собой сделать». Уйдя от нее, в малолюдном месте гвоздем вскрыл себе вену. Истекающего кровью, прохожие отвели его в травматологический пункт. Там объявил, что случайно напоролся на гвоздь - после перевязки его отпустили домой.

С этого времени начал выпивать. Сразу обнаружил, что может пить до отключения - рвоты не бывает. Вскоре вступил в связь с другой приятельницей, но «в душе любил прежнюю». С матерью из-за его сожительницы возникали скандалы. В гневе стал неуправляем - дома разбил зеркало, бил стекла в окнах, посуду. Грозил матери броситься из окна. Связался с асоциальной компанией, участвовал в угоне автомашины. Был условно осужден. Вскоре после этого пришел домой с окровавленной головой. Уверял, что якобы получил травму, играя в футбол. Стал чаще выпивать, забросил занятия в техникуме. Несколько раз был задержан милицией пьяным за участие в драках. Суд снял отсрочку исполнения приговора и постановил отправить его в воспитательно-трудовую колонию. Тогда мать увезла его в другой город и укрывала у знакомых. Через месяц сбежал оттуда («скучно стало»), намереваясь явиться в милицию. Собрал у себя дома приятелей и приятельниц, устроил пьянку («провода в колонию»). Напившись, заперся в ванной и вскрыл себе вены. Когда взломали дверь, был обнаружен без сознания, истекающим кровью.

В психиатрической больнице в первые дни мрачен, угрюм, молчалив, держался в стороне от подростков. После инфекции аминазина смягчился.

В беседе выяснилось, что последние 2 года появились состояния, когда «что-то хочется с собой сделать». Эти состояния иногда возникают после неприятностей, иногда без причин, часто после выпивки. В эти моменты не раз наносил себе порезы, прижигал себя папиросой. Во время последнего опьянения «вдруг стало так невыносимо, что захотелось умереть» - поэтому в ванной нанес себе несколько глубоких порезов на руке. Уверяет, что не чувствовал боли, когда себя резал. Когда очнулся, рад был, что остался жив. Во время осмотра суицидные мысли отрицал, готов был отбыть положенный срок в колонии.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. На руках и ногах множество рубцов - следы мелких порезов, прижиганий, выведенных татуировок. На руке вытатуированы намогильный крест (символ «безотцовщины»), факел (один из эмансипационных символов) и собственные инициалы.

При неврологическом осмотре отмечено, что правое глазное яблоко отставало при конвергенции, имелаась легкая асимметрия лицевой иннервации и коленных рефлексов. При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован эпилептоидный тип, имеется указание на возможность формирования психопатии этого типа; отмечена выраженная склонность к алкоголизации и делинквентности, а также к нонконформизму. Самооценка - неверная и противоречивая: по шкале субъективной оценки достоверно выступают гипертимные и психастенические черты, отвергаются черты сенситивные.

Катамнез через полтора года. Находится в воспитательно-трудовой колонии.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

МОДУЛЬ: ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Алкогольная зависимость у больных туберкулезом легких проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) высокой прогредиентностью;
- 2) более тяжелыми клиническими проявлениями;
- 3) резистентностью к проводимой терапии
- 4) спонтанными ремиссиями;
- 5) позитивной мотивацией на терапию, как алкоголизма, так и туберкулеза.

Задание #2

Вопрос:

В структуре патологического влечения к алкоголю наиболее специфическими компонентом является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) идеаторная компонента;
- 2) эмоциональная;
- 3) поведенческая;
- 4) вегетативная;
- 5) соматоневрологическая.

Задание #3

Вопрос:

Для постоянной формы злоупотребления алкоголем с высокой толерантностью характерно все кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ежедневное употребление алкоголя в течение многих недель и даже месяцев;
- 2) наличие высокой толерантности, превышающей изначальную в 3-5 раз;
- 3) вынужденное прекращение пьянства в связи с обострением соматических заболеваний.
- 4) наличие тяжелых форм синдрома отмены;
- 5) появление в 1 ст. заболевания.

Задание #4

Вопрос:

Для алкогольной комы характерно

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) нарушение сознания и резкое снижение мышечного тонуса;
- 2) понижение температуры тела и появление цианоза;
- 3) повышение тонуса сердечно-сосудистой системы;
- 4) двигательное возбуждение.

Задание #5

Вопрос:

Для патологического опьянения характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) внезапность, острота и транзиторность психотического эпизода;
- 2) импульсивность характера разрушительных действий;
- 3) сумеречное расстройство сознания;

- 4) кризисное разрешение глубоким сном с последующей амнезией и астенией.
- 5) все перечисленное

Задание #6

Вопрос:

К основным клиническими проявлениями алкогольного абстинентного синдрома относят:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) влечение к алкоголю с целью опохмеления;
- 2) расстройства в сфере памяти
- 3) аффективно-вегетативные проявления;
- 4) судорожные состояния;
- 5) психосенсорные расстройства.

Задание #7

Вопрос:

Идеаторная компонента актуализации патологического влечения к алкоголю проявляется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) ощущением вкуса алкоголя на корне языка;
- 2) отрицанием или преуменьшением собственного пьянства и убежденностью в возможности контролировать употребление алкоголя;
- 3) потребностью во всем противоречить окружающим;
- 4) эмоциональной лабильностью

Задание #8

Вопрос:

Легкая степень острой алкогольной интоксикации характеризуется всем перечисленным, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением психического и физического комфорта;
- 2) повышением речедвигательной активности;
- 3) легким нарушением координации движений;
- 4) замедлением ассоциативного процесса;
- 5) ощущением физического комфорта.

Задание #9

Вопрос:

Эмоциональная компонента актуализации патологического влечения к алкоголю проявляются: - отчетливыми мыслями об алкоголе;

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональной лабильностью, раздражительностью
- 2) размышлениями о неизбежности употребления алкоголя;
- 3) воспоминаниями о приеме алкоголя
- 4) стремлением к деятельности, снимающей напряжение.

Задание #10

Вопрос:

К основным критериям, определяющим состояние острой алкогольной интоксикации (простое алкогольное опьянение), относят:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) изменения в эмоциональной сфере и функциональные изменения моторики;
- 2) изменение ассоциативного процесса и восприятия окружающего;
- 3) наличие неврологических и вегетативных нарушений или изменений;
- 4) характерный запах алкоголя изо рта,
- 5) все перечисленное

Задание #11

Вопрос:

Для больных алкогольной зависимостью наиболее характерны следующие динамические варианты злоупотребления алкоголем:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) перемежающаяся форма пьянства;
- 2) систематическое злоупотребление алкоголем;
- 3) дипсомания;
- 4) псевдозапой;
- 5) эпизодическое употребление,

Задание #12

Вопрос:

Для алкогольного изменения личности наиболее специфичным является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аффективные расстройства;
- 2) психопатоподобные симптомы;
- 3) стойкое снижение памяти и интеллекта;
- 4) морально-этическое снижение;
- 5) утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и самому себе.

Задание #13

Вопрос:

Клиническая структура патологического влечения к алкоголю включает в себя компоненты:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аффективную;
- 2) поведенческую;
- 3) идеаторную;
- 4) вегетативную;
- 5) все перечисленное

Задание #14

Вопрос:

Для симптома снижения толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) урежение частоты приема алкоголя;
- 2) переход на напитки с более низким содержанием алкоголя;
- 3) снижения разовой дозы алкоголя при сохранении суточной;
- 4) появление на этапе 2-3 ст. заболевания;
- 5) все верно.

Задание #15

Вопрос:

К клиническим проявлениям спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) появление сомнений в собственных силах и возможностях «устоять» перед соблазном выпить;
- 2) появление навязчивых мыслей об алкоголе особенно в ситуациях, противоречащих его употреблению в силу морально этических моментов.
- 3) беспричинная раздражительность;
- 4) страх перед приближающимся «срыве»;
- 5) желание почувствовать перемену.

Задание #16

Вопрос:

Для симптома тотальной амнезии, возникающей у больных алкогольной зависимостью, характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) появление на ранних (1-2, 1 ст.) заболевания;
- 2) выпадение из памяти значительного периода состояния опьянения;
- 3) запоминание финальных сцен алкогольного эксцесса;
- 4) появление при употреблении только высоких доз алкоголя.

Задание #17

Вопрос:

Высокий темп прогрессивности алкогольной зависимости наблюдается у больных

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) начавших злоупотреблять алкоголем в подростковом возрасте;
- 2) имеющих нарушение углеводного обмена;
- 3) с низкой успеваемостью в школе
- 4) с преморбидными проявлениями гипотимии.

Задание #18

Вопрос:

Для симптома нарастающей толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) переход на употребление алкогольных напитков с более высоким содержанием алкоголя;
- 2) появление во 2ст. заболевания;
- 3) появление тяжелых степеней состояния опьянения;
- 4) частое присутствие наркотических амнезий в картинах опьянения.

Задание #19

Вопрос:

Толерантность к алкоголю в большей степени зависит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) от технологии изготовления алкогольной продукции.
- 2) от частоты употребления алкоголя;
- 3) от функционального состояния организма;
- 4) от изначальной активности альдегидоксилирующих ферментов;

5) от возраста и пола индивидуума.

Задание #20

Вопрос:

Клинически пароксизмальный вариант первичного патологического влечения к алкоголю проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) внезапностью;
- 2) крайней интенсивностью влечения к алкоголю;
- 3) частичной редукцией идеаторного компонента влечения к алкоголю;
- 4) неожиданностью для больного.
- 5) все верно

Задание #21

Вопрос:

Механизм роста толерантности к алкоголю у больных алкогольной зависимостью объясняется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) напряжением и адаптацией стрессовых гормонов;
- 2) адаптацией к алкоголю барбитуровых рецепторов мембраны клетки;
- 3) адаптацией к алкоголю ГАМК рецепторов мембраны клетки;
- 4) адаптацией к алкоголю бензодиазепиновых рецепторов мембраны клетки;
- 5) активизацией альдегидоксилирующих ферментов.

Задание #22

Вопрос:

Наличие палимпсестов в состоянии опьянения у больных алкогольной зависимостью наиболее характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) для 1 ст. заболевания;
- 2) для 2-3 ст. заболевания;
- 3) для 3 ст. заболевания;
- 4) для 2 ст. заболевания;
- 5) для 1-2 ст.

Задание #23

Вопрос:

Наиболее злокачественным вариантом синдрома алкогольной зависимости является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Женский.
- 2) Мужской.
- 3) Различий нет.
- 4) Подростковый
- 5) Вопрос спорный.

Задание #24

Вопрос:

Высокий темп прогрессивности алкогольной зависимости чаще наблюдается у больных:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) выросших без родителей;
- 2) имеющих нарушение углеводного обмена;
- 3) перенесших в раннем детстве черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания;
- 4) с наследственной отягощенностью алкоголизмом родителей
- 5) с умеренно выраженными проявлениями гипотимии в преморбиде.

Задание #25

Вопрос:

Для начальных проявлений алкогольной зависимости (1 ст. заболевания) характерно;

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) 2-3 кратный рост толерантности в сравнении с изначальной;
- 2) нарушение сна;
- 3) выраженные изменения состояний опьянения;
- 4) появление так называемого «симптома критической дозы»

Задание #26

Вопрос:

Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначальной выпитой дозы и ситуации;
- 2) неодолимая потребность больных продолжить выпивку после определенной дозы
- 3) потребность к употреблению алкоголя на фоне соматоневрологических и психических расстройств после алкогольного эксцесса.
- 4) активное стремление больных алкогольной зависимостью к употреблению алкоголя вне интоксикации;
- 5) потребность к употреблению алкоголя на фоне аффективных расстройств.

Задание #27

Вопрос:

Для III стадии синдрома алкогольной зависимости наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
- 2) утрату ситуационного контроля
- 3) снижение толерантности к алкоголю
- 4) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 5) псевдозапой

Задание #28

Вопрос:

Низкий темп прогрессивности алкогольной зависимости отмечается у больных:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с высоким уровнем образования;
- 2) начавших злоупотреблять алкоголем в зрелом возрасте;
- 3) употребляющих алкоголь с низким содержанием вредных примесей;

- 4) без грубых неврологических расстройств
- 5) без грубых соматических расстройств.

Задание #29

Вопрос:

Для 2ст. алкогольной зависимости (развернутой) характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) присутствие тотальных амнезий;
- 2) появление спонтанно возникающего, без борьбы мотивов, патологического влечения к алкоголю;
- 3) формирование алкогольной деградации;
- 4) появление развернутого абстинентного синдрома;
- 5) формирование истинных запоев.

Задание #30

Вопрос:

В клинической структуре алкогольного абстинентного синдрома наиболее специфичным является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) расстройство сна;
- 2) аффективные проявления;
- 3) вегетативные расстройства;
- 4) вторичные формы влечения к алкоголю;
- 5) комплекс соматоневрологических расстройств.

Задание #31

Вопрос:

Алкогольные изменения личности включают в себя все перечисленное, за исключением

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) стойких изменений памяти и интеллекта
- 2) игнорирования этических норм
- 3) расстройства мышления в виде разорванности
- 4) психопатоподобных проявлений
- 5) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию

Задание #32

Вопрос:

У больных алкогольной зависимостью поведенческая компонента при актуализации патологического влечения к алкоголю проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) затруднениями в профессиональной деятельности;
- 2) дисфориями;
- 3) нарушениями сна
- 4) размышлениями о неизбежности употребления алкоголя;
- 5) раздражительностью.

Задание #33

Вопрос:

Для актуализации первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости свойственно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) состояние тревоги
- 2) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- 3) появление навязчивых мыслей об алкоголе, носящих характер борьбы мотивов;
- 4) смутное ожидание беды;

Задание #34

Вопрос:

Для средней степени острой алкогольной интоксикации характерно, все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) функциональные нарушение моторики;
- 2) замедление ассоциативного процесса;
- 3) однообразность представлений и трудности в переключении внимания, дизартричность речи;
- 4) затруднение ассоциативного процесса
- 5) выраженные соматические расстройства.

Задание #35

Вопрос:

Актуализация ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю в значительной степени проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) стойкими навязчивыми мыслями об алкоголе;
- 2) повышенной двигательной активностью и суетливостью при появлении алкогольных раздражителей» или ситуаций связанных с алкоголем;
- 3) беспричинной раздражительностью;
- 4) эмоциональной лабильностью;
- 5) появлением сновидений с алкогольной тематикой.

Задание #36

Вопрос:

Характерными особенностями псевдозапоев у больных алкогольной зависимостью являются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) видимая связь алкогольного эксцесса с внешними факторами (начало и окончание псевдозапоя)
- 2) длительность периода ежедневного злоупотребления алкоголя от 3-4 дней до двух недель;
- 3) отчетливое изменение у больных как психического, так и физического состояния за несколько дней до начала эксцесса;
- 4) спонтанность начала алкогольного эксцесса.

Задание #37

Вопрос:

К основным клиническим проявлениям алкогольной зависимости является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) патологическое влечение к алкоголю;
- 2) синдром отмены (ААС);
- 3) синдром измененной реактивности;
- 4) аффективный синдром;
- 5) психоорганический синдром.

Задание #38

Вопрос:

Для симптома «плато» толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) потребление стабильно установленной дозы алкоголя;
- 2) появление состояний опьянения только при употреблении высоких доз алкоголя;
- 3) максимальные дозы алкоголя
- 4) появление на этапе перехода начальной стадии заболевания в среднюю;
- 5) переносимость максимальных доз алкоголя на протяжении определенного отрезка времени.

Задание #39

Вопрос:

Для первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне «пограничных состояний», характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) резкое ухудшение психического состояния в период вытрезвления;
- 2) прослеживание связи с аффективными, чаще с субдепрессивными расстройствами;
- 3) отчетливое желание употребить алкоголь для успокоения;
- 4) использование алкоголя для снятия напряжения.

Задание #40

Вопрос:

В состоянии опьянения для больных алкогольной зависимостью характерны амнезии:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) конградные;
- 2) антероградные;
- 3) ретроградные;
- 4) фиксационные.

Задание #41

Вопрос:

К вторичным формам патологического влечения к алкоголю, относится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) влечение, возникающее при разного рода эмоциональных нагрузках;
- 2) влечение в структуре алкогольного абстинентного синдрома;
- 3) влечение, возникающее под влиянием питейных ситуаций;
- 4) влечение при воспоминании о приеме алкоголя;
- 5) влечение, возникающее на фоне сниженного настроения.

Задание #42

Вопрос:

Для истинных запоев у больных алкогольной зависимостью характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) отсутствие продрома запоя (изменение физического и психического состояния перед началом запоя);
- 2) спонтанное появление интенсивного патологического влечения к алкоголю;

- 3) Отсутствие каких-либо расстройств в физической и психической сферах больного в динамике запоя;
- 4) появление на этапе. 2ст. заболевания.

Задание #43

Вопрос:

Для симптома наркотической амнезии, возникающей у больных алкогольной зависимостью, характерно кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) провал в памяти финального периода алкогольного эксцесса;
- 2) появление при употреблении максимально переносимых доз алкоголя;
- 3) появления на начальных этапах заболевания;
- 4) выпадение из памяти отдельных эпизодов алкогольного эксцесса

Задание #44

Вопрос:

Исходя из сложившихся классификаций, к острым металкогольным психозам относят:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) алкогольный делирий;
- 2) алкогольный галлюциноз;
- 3) алкогольную эпилепсию;
- 4) дипсоманию.

Задание #45

Вопрос:

Для изменений личности при синдроме алкогольной зависимости характерно все перечисленное, кроме

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) эмоциональное огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей
- 2) интеллектуально - мнестического снижения
- 3) утраты морально-нравственных ценностей
- 4) заострения преморбидных личностных особенностей

Задание #46

Вопрос:

Для начальной стадии синдрома алкогольной зависимости(I стадии) характерно все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

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

Задание #47

Вопрос:

Влечение к алкоголю в структуре алкогольного абстинентного синдрома проявляется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) стремлением снять аффективную напряженность;
- 2) необходимостью относительной нормализации состояния;
- 3) желанием вернуть «привычную» работоспособность;
- 4) стремлением достичь состояния эйфории;

Задание #48

Вопрос:

Для изменений личности при синдроме алкогольной зависимости характерно все перечисленное, исключая:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) возбудимость с агрессивными поступками
- 2) грубый цинизм, бестактность
- 3) выраженные расстройства памяти на текущие события
- 4) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности

Задание #49

Вопрос:

К клиническим проявлениям спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов относятся: .

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) навязчивые мысли об алкоголе с характером борьбы мотивов;
- 2) чувство тревоги перед возможным «срывом»;
- 3) нескрываемое раздражение и защита права «пить как все»;
- 4) крайняя интенсивность влечения к алкоголю.

Задание #50

Вопрос:

Вторичная форма патологического влечения к алкоголю, проявляющаяся симптомом «критической дозы» это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса
- 2) возникновение неодолимого влечения к алкоголю после употребления любой даже незначительной дозы;
- 3) неодолимое стремление к употреблению алкоголя после алкогольного эксцесса на фоне различного рода физических и психических расстройств;
- 4) неодолимое стремление продолжить употребление алкоголя после определенной для каждого конкретного больного дозы;
- 5) потребность в алкоголе, возникающая на фоне душевного дискомфорта.

Ответы:

- 1) Верные ответы: 2;
- 2) Верные ответы: 1;
- 3) Верные ответы: 5;
- 4) Верные ответы: 1;
- 5) Верные ответы: 5;
- 6) Верные ответы: 1;
- 7) Верные ответы: 2;

- 8) Верные ответы: 4;
- 9) Верные ответы: 1;
- 10) Верные ответы: 5;
- 11) Верные ответы: 2;
- 12) Верные ответы: 4;
- 13) Верные ответы: 5;
- 13) Верные ответы: 5;
- 15) Верные ответы: 1;
- 16) Верные ответы: 2;
- 17) Верные ответы: 1;
- 18) Верные ответы: 1;
- 19) Верные ответы: 3;
- 20) Верные ответы: 5;
- 21) Верные ответы: 5;
- 22) Верные ответы: 2;
- 23) Верные ответы: 4;
- 24) Верные ответы: 4;
- 25) Верные ответы: 1;
- 26) Верные ответы: 4;
- 27) Верные ответы: 5;
- 28) Верные ответы: 2;
- 29) Верные ответы: 4;
- 30) Верные ответы: 4;
- 31) Верные ответы: 3;
- 32) Верные ответы: 1;
- 33) Верные ответы: 2;
- 34) Верные ответы: 4;
- 35) Верные ответы: 2;
- 36) Верные ответы: 1;
- 37) Верные ответы: 1;
- 38) Верные ответы: 1;
- 39) Верные ответы: 2;
- 40) Верные ответы: 1;
- 41) Верные ответы: 3;
- 42) Верные ответы: 2;
- 43) Верные ответы: 3;
- 44) Верные ответы: 1;
- 45) Верные ответы: 1;
- 46) Верные ответы: 2;
- 47) Верные ответы: 2;
- 48) Верные ответы: 4;
- 49) Верные ответы: 3;
- 50) Верные ответы: 4;

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной Б. 54 лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителен, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №2

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился

количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «дobre и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №3

Больная Л., 43 лет, живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно.

У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась вменяемой, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала часть вещей и собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортами, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударила больную.

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальны. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №4

Больной В., 53-х лет, водитель автобуса, живёт в посёлке. Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Серьёзных заболеваний, травм головы не было. Всегда был человеком вспыльчивым, неуравновешенным, легко дающим аффективные реакции. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе, дочерью и заботами семьи интересовался мало. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Последние годы отношения в семье были формальными. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении. Жена с такой ситуацией смирилась.

Всегда был общителен, ценил мужской коллектив, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания. Имел репутацию остроголовца, шутил, рассказывал анекдоты, истории. Пользовался уважением, о нём говорили: «...такого мужика, как наш Петрович, поискать. С ним и в театр ходить не нужно...». При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия. В конце концов ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки. В противном случае обещали уволить. К угрозе отнесся серьезно, так как работой и коллективом дорожил, понимал, что по специальности работу в посёлке не найдёт. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унижит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени по вечерам. Проводил его дома с семьёй. Обнаружил, что и жена и дочь отделились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Жена справлялась с домашними делами без его участия. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

МОДУЛЬ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ)

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Состояние острой интоксикации кокаином проявляется всем кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенным настроением с ощущением прилива энергии;
- 2) ощущением интеллектуального подъема;
- 3) гиперактивностью;
- 4) раздражительностью, беспокойством;
- 5) повышением АД и тахикардией.

Задание #2

Вопрос:

Отмена наркотика при ятрогенной наркомании возможна в случаях:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) достижения устойчивой ремиссии основного соматического заболевания;
- 2) возможности полного купирования болей ненаркотическими анальгетиками и спазмолитиками;
- 3) отсутствия угрозы ухудшения течения соматического заболевания;
- 4) достижения неустойчивой ремиссии основного соматического заболевания;
- 5) неблагоприятного прогноза основного соматического заболевания.

Задание #3

Вопрос:

После купирования состояния отмены у зависимого от барбитуратов больного в течение нескольких недель остаются наиболее выраженными:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наркотические сновидения;
- 2) тревожность в пограничных между сном и бодрствованием состояниях;
- 3) поверхностный сон;
- 4) пониженный аппетит;
- 5) спонтанные колебания настроения, легкое возникновение дисфории

Задание #4

Вопрос:

Клиническими особенностями синдрома сочетанной зависимости от наркотических ПАВ являются:

Выберите несколько из 6 вариантов ответа:

- 1) комфортность состояния лишь при постоянно поддерживающейся интоксикации первоначальным наркотиком;
- 2) отсутствие в состоянии отмены качественно новых, в сравнении с соответствующими частными формами, симптомов;
- 3) утяжеление большей части симптомов, составляющих общи радикал форм состояний отмены (невозможность взаимопогашения симптомов);
- 4) «омоложение» состояния отмены, равнозначность его проявлений средней стадии мононаркотизма;
- 5) утяжеление синдрома последствий.
- 6) они относятся сверхценно к своим переживаниям или ощущениям.

Задание #5

Вопрос:

К механизму действия барбитуратов не относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) тормозящий эффект на синаптическую передачу нервных импульсов в клетке;
- 2) блокада эффектов ацетилхолина;
- 3) стимулирующее влияние на систему тормозного медиатора ГАМК;
- 4) активизирование дофаминового цикла;
- 5) разрушение липидной мембраны нервных клеток.

Задание #6

Вопрос:

Для состояния отмены, возникающего при лишении кустарно приготовленных (суррогатов) препаратов опия, характерно:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) появление симптомов отмены через 5-7 часов после лишения препарата;
- 2) нарастание всех симптомов лавинообразно и достижение пика их интенсивности к концу первых суток;
- 3) появление алгических и диспептических расстройств, практически одновременно с ознобом, насморком, потливостью;
- 4) стойкие агрипнические расстройства;
- 5) значительная выраженность психопатологических расстройств.

Задание #7

Вопрос:

Признаками нарастания компульсивного влечения у барбитурового наркомана являются:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) лабильность пульса, АД, дыхания;
- 2) появление аффективных колебаний;
- 3) угрюмость, подавленность, отгороженность от окружающих;
- 4) головная боль, повышенная потливость, расширение зрачков;
- 5) повышенная раздражительность, вплоть до гневливости, злобности.

Задание #8

Вопрос:

Наркотическая эйфория - это изменение в сторону максимально положительного для субъекта значения восприятий:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) настроения;
- 2) мышления;
- 3) физического состояния;
- 4) психического состояния;
- 5) памяти.

Задание #9

Вопрос:

«Приход» при интоксикации эфедроном ярче всего проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением, что по телу разбегаются мурашки;
- 2) учащением ритма работы сердца и подъемом АД;
- 3) ощущением, что волосы на голове шевелятся и «встают дыбом»;
- 4) ощущением замедленного течения времени;
- 5) устранением чувства усталости, повышением настроения.

Задание #10

Вопрос:

Термин “наркотик” применим:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
- 2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
- 3) и к тем, и к другим
- 4) ни к тем, ни к другим

Задание #11

Вопрос:

Состояние острой интоксикации героином характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенным настроением с ощущением приятной расслабленности, сонливости и блаженства;
- 2) ленностью и пассивностью;
- 3) миозом;
- 4) брадикардией;
- 5) урежением ритма дыхания.

Задание #12

Вопрос:

Об острой интоксикации эфедроном могут свидетельствовать:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ускоренная речь, неусидчивость, подвижность, неумеренная жестикуляция;
- 2) гипертензия и тахикардия;
- 3) непоследовательность мышления, высказывания множества нереальных планов, переоценка собственных возможностей;
- 4) отсутствие потребности в еде и сне;
- 5) сухость слизистых, вследствие чего опьяневший постоянно облизывает губы.

Задание #13

Вопрос:

Преморбидный статус больных наркоманией характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) затруднениями в адаптации;
- 2) чувством несвободы;
- 3) невозможностью действовать и проявлять свою эмоциональность непосредственно;
- 4) психическим инфантилизмом;
- 5) непоследовательностью и лабильностью.

Задание #14

Вопрос:

К особенностям состояния отмены при эфедроновой наркомании относятся:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) высокий суицидальный риск;
- 2) развитие тяжелой, опасной для жизни гипотонии при назначении нейролептиков типа тизерцина;
- 3) высокая подверженность рекуррентным заболеваниям с развитием тяжелых осложнений со стороны легочной системы;
- 4) выраженный алгический компонент;
- 5) выраженные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Задание #15

Вопрос:

Состояние острой интоксикации кокаином проявляется:

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) повышенным настроением с ощущением прилива энергии;
- 2) ощущением интеллектуального подъема;
- 3) гиперактивностью;
- 4) повышением АД и тахикардией.

Задание #16

Вопрос:

Состояние передозировки каннабиноидами проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) гипертонией и тахикардией;
- 2) паническими реакциями;
- 3) спутанностью сознания;
- 4) галлюцинаторными расстройствами, обилием парестезии и сенестопатий;
- 5) резко выраженным чувством голода.

Задание #17

Вопрос:

Для синдрома отмены при амфетаминовой зависимости наиболее характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) развитие острой депрессии с суицидальными тенденциями;
- 2) повышенная утомляемость, раздражительность;
- 3) сонливость при отсутствии сна;

- 4) стойкое отсутствие аппетита;
- 5) соматовегетативные нарушения.

Задание #18

Вопрос:

Наиболее характерным для состояния отмены у кокаиновых наркоманов является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) сухость слизистых носоглотки и головная боль в затылочной области, головокружение;
- 2) парестезии и анизорефлексия;
- 3) тяжелые дисфории с угрюмостью и раздражительностью, озлобленностью;
- 4) делириозные и параноидные расстройства;
- 5) бессонница с одновременной сонливостью и тоскливым состоянием с тревогой и суицидальными мыслями, попытками.

Задание #19

Вопрос:

Состояние психического комфорта в интоксикации наркотиком - это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) не синоним эйфории;
- 2) восстановление психических функций;
- 3) состояние оптимального психического функционирования наркомана;
- 4) резкое повышение психических функций;
- 5) условие благополучного психического состояния у наркомана.

Задание #20

Вопрос:

Проявлениями синдрома измененной реактивности в средней стадии опийной наркомании являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) падение интенсивности «прихода»;
- 2) изменение картины острой интоксикации с ощущением настолько повышенного настроения, сколько нормализации психического и физического состояния;
- 3) рост толерантности;
- 4) постинтоксикационный сон;
- 5) подавление кашлевого рефлекса.

Задание #21

Вопрос:

Состояние отмены при лишении «первитина» проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) жалобами больных на головную боль, головокружение и «покручивания» в крупных суставах;
- 2) легким насморком, парестезиями и ноющими болями в руках и ногах;
- 3) смазанностью речи, судорожными сведениями лицевых и икроножных мышц;
- 4) интенционным мышечным тремором, пошатыванием при ходьбе;
- 5) нистагмом, нарушениями конвергенции и патологическими стопными знаками.

Задание #22

Вопрос:

Для зависимости от кустарно приготовленных (суррогатов) препаратов опия не характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атипичное проявление состояния острой интоксикации;
- 2) формирование влечения через внутривенных введений препарата;
- 3) практически полное отсутствие периода эпизодического приема;
- 4) формирование состояния отмены через 5-6 месяцев от начала приема;
- 5) сочетанный прием кустарно приготовленных опиатов с другими наркотическими и ненаркотическими средствами.

Задание #23

Вопрос:

Состояние острой интоксикации «первитином» по сравнению с опьянением эфедроном характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) продолжительностью до 6-8 часов;
- 2) отчетливым выделением 1 и 2 фаз состояния опьянения;
- 3) более тяжелым «выходом» из состояния опьянения;
- 4) продолжительностью состояния опьянения до 12-14 часов;
- 5) раздражительностью, агрессивностью.

Задание #24

Вопрос:

Апогей состояния отмены при барбитуровой зависимости характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) разрядкой напряженной дисфории с возможным появлением судорожных припадков;
- 2) возможным появлением судорожных припадков и депрессии;
- 3) депрессией, разрядкой напряженной дисфории;
- 4) усилением двигательной и аффективной возбудимости, возможным развитием делирия;
- 5) возможным развитием делирия или галлюцинаторно-бредового психоза, судорожных припадков и разрядкой напряженной дисфории.

Задание #25

Вопрос:

Общими признаками хронических гашишных психозов являются все перечисленные, исключая:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аффективную насыщенность
- 2) лабильность
- 3) нарушение сознания
- 4) наличие сомато-вегетативных расстройств
- 5) неразвернутость психотических расстройств

Задание #26

Вопрос:

О роли эйфории в развитии наркоманий свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психику

- 2) увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
- 3) введение наркотика наиболее эффективным путем
- 4) немедикаментозные способы усиления действия наркотика
- 5) применение нейролептиков для усиления действия наркотика

Задание #27

Вопрос:

Состояние острой интоксикации у больных барбитуровой зависимостью наиболее опасно из-за свойственных им:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) застойного злобного аффекта;
- 2) приступов гнева, агрессии;
- 3) дисфоричности;
- 4) подвижности аффекта;
- 5) брутальности.

Задание #28

Вопрос:

Наиболее характерными признаками опийной эйфории являются все перечисленные, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущения легкости, радости, соматического блаженства
- 2) приятной истомы, покоя и расслабленности
- 3) благодушия, довольства
- 4) ощущения тепла, волнами расходящегося по телу
- 5) психомоторной ажитации

Задание #29

Вопрос:

Для синдрома последствий при барбитуровой наркомании характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) опережение собственно большого наркоманического синдрома;
- 2) появление черт психической слабости через полгода от начала приема барбитуратов;
- 3) формирование депрессий через год от начала приема барбитуратов;
- 4) развитие брадипсихии через 1-3 года от начала приема барбитуратов;
- 5) развитие деменции через 4-5 лет злоупотребления барбитуратами.

Задание #30

Вопрос:

Специфичным осложнением гашишной наркомании является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) анергия;
- 2) брадипсихия;
- 3) хроническая эйфория;
- 4) амотивационный синдром;
- 5) психоорганический синдром.

Задание #31

Вопрос:

К особенностям состояния отмены при эфедроновой зависимости относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) высокий суицидальный риск;
- 2) развитие тяжелой, опасной для жизни гипотонии при назначении нейролептиков типа тизерцина;
- 3) высокая подверженность рекуррентным заболеваниям с развитием тяжелых осложнений со стороны легочной системы;
- 4) выраженный алгический компонент;
- 5) выраженные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

Задание #32

Вопрос:

Последствия хронического употребления кокаина проявляются всем кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) снижением иммунитета и прогрессирующим физическим истощением, анемией, парестезиями;
- 2) агрессивностью и паркинсоноподобными нарушениями;
- 3) депрессиями с высоким суицидальным риском;
- 4) сексуальными дисфункциями;
- 5) интеллектуально-мнестическими нарушениями.

Задание #33

Вопрос:

Состояние отмены при барбитуровой наркомании характеризуется:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) дисфорическим аффектом;
- 2) гиперрефлексией с мышечной гипертензией и мелким тремором;
- 3) подъемом АД с последующей гипотензией вплоть до коллапсов;
- 4) бессонницей;
- 5) болями в желудке и крупных суставах.

Задание #34

Вопрос:

Клиническая картина острого отравления опиатами характеризуется:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) угнетением ЦНС от стадии засыпания до расстройства сознания в виде комы;
- 2) сужением зрачков (симптом «точки») со снижением или полным отсутствием реакции на свет;
- 3) угнетением дыхания до брадипноэ с частотой до 4-6 в минуту или полной его остановкой;
- 4) снижением сухожильных и периостальных рефлексов или арефлексией;
- 5) снижением или отсутствием реакции на болевое раздражение, корнеальных, кашлевых и глоточных рефлексов.

Задание #35

Вопрос:

Для синдрома психического влечения к наркотику не характерны следующие признаки:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) определение настроения больного;
- 2) неспецифичность;
- 3) перестройка психической жизни больного;

- 4) нарушения поведения больного в период нарастания влечения;
- 5) изменения социальной ориентации личности.

Задание #36

Вопрос:

Для диагностики состояния острой интоксикации каннабиоидами значимыми являются следующие признаки:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) расширение зрачков и инъектированность сосудов склер;
- 2) хриплый, «лающий» голос,
- 3) выраженная сухость видимых слизистых;
- 4) резкие колебания эмоционального фона;
- 5) готовность к индукции поведения.

Задание #37

Вопрос:

Состояние отмены при героиновой наркомании характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) лавинообразным нарастанием симптомов;
- 2) алгическими и диспептическими расстройствами;
- 3) профузным потом, «леденящим ознобом», слезотечением, светобоязнью;
- 4) подавленным настроением с тревогой, неусидчивостью, приступами отчаяния;
- 5) быстрой, практически, критической редукцией симптомов.

Задание #38

Вопрос:

Состояние отмены при лишении «первитина» проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) жалобами больных на головную боль, головокружение и «покручивания» в крупных суставах;
- 2) легким насморком, парестезиями и ноющими болями в руках и ногах;
- 3) смазанностью речи, судорожными сведениями лицевых и икроножных мышц;
- 4) интенционным мышечным тремором, пошатыванием при ходьбе;
- 5) нистагмом, нарушениями конвергенции и патологическими стопными знаками.

Задание #39

Вопрос:

Состояние отмены при барбитуровой наркомании характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) дисфорическим аффектом;
- 2) гиперрефлексией с мышечной гипертензией и мелким тремором;
- 3) подъемом АД с последующей гипотензией вплоть до коллапсов;
- 4) бессонницей;
- 5) болями в желудке и крупных суставах.

Задание #40

Вопрос:

К признакам острой интоксикации опиатами относят:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) миоз с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет;
- 2) брадикардное и тахикардное;
- 3) зуд кожи лица;
- 4) «меловую» бледность и сухость кожи;
- 5) отсутствие нарушений координации движений и артикуляции.

Задание #41

Вопрос:

О психопатоподобных изменениях личности наркомана свидетельствуют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) колебания эмоционального фона и снижение интеллекта;
- 2) раздражительность, возбудимость, неспособность критически оценивать свои действия и сужения круга интересов;
- 3) неспособность критически оценивать свои действия и снижение интеллекта;
- 4) снижение интеллекта, сужение круга интересов;
- 5) сужение круга интересов, колебания эмоционального фона.

Задание #42

Вопрос:

В отношении компульсивного влечения к наркотику верны утверждения о том, что оно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) заполняет все содержание сознания больного;
- 2) возникает с началом средней стадии наркомании;
- 3) специфично;
- 4) диктует поведение больного;
- 5) сопровождается вегетативными стигмами.

Задание #43

Вопрос:

Острая интоксикация амфетаминами проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением прилива энергии и усилением активности, переоценкой собственных возможностей;
- 2) склонностью к стереотипным однообразным действиям и раздражительностью, тревогой;
- 3) нарушениями сердечного ритма и дыхания, повышением АД;
- 4) резким снижением аппетита;
- 5) повышенной потливостью, гиперрефлексией, тремором, расширением зрачков.

Задание #44

Вопрос:

Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) удовлетворение любопытства
- 2) желание отвлечься от будничных трудностей
- 3) необходимость признания «своим» в микрогруппе
- 4) желание испытать новые ощущения
- 5) все перечисленные

Задание #45

Вопрос:

Наиболее важной особенностью состояния отмены при опиийной ятрогенной зависимости является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) более стертое течение;
- 2) резкое обострение расстройств, характерных для основного соматического заболевания;
- 3) малая выраженность таких симптомов, как чихание, слезотечение, боли в мышцах;
- 4) более рельефный психопатологический компонент состояния отмены;
- 5) послаблением кишечника.

Задание #46

Вопрос:

О нарастании компульсивного влечения к опиатам судят:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) по изменению поведения, отражающему неопределенный психический дискомфорт;
- 2) по появлению сенестопатий в виде «зубной боли», зуда в области вен;
- 3) по неустойчивости АД с тенденцией к повышению его, лабильности пульса и дыхания;
- 4) по расширению зрачков;
- 5) по усилению звучности сердечных тонов.

Задание #47

Вопрос:

Состояние острой интоксикации барбитуратами проявляется:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением мгновенного оглушения и «мягкого удара» в голове;
- 2) беспричинным весельем с неустойчивостью эмоционального фона;
- 3) расторможенностью и снижением способности к осмыслению окружающего;
- 4) нарушением координации движений и дизартрией;
- 5) гипотонией и брадикардией.

Задание #48

Вопрос:

Состояние острой интоксикации барбитуратами проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением мгновенного оглушения и «мягкого удара» в голове;
- 2) беспричинным весельем с неустойчивостью эмоционального фона;
- 3) расторможенностью и снижением способности к осмыслению окружающего;
- 4) нарушением координации движений и дизартрией;
- 5) гипотонией и брадикардией.

Задание #49

Вопрос:

Клиническая картина острой интоксикации «первитином» проявляется:

Выберите несколько из 5 вариантов ответа:

- 1) ощущением необыкновенной ясности и красочности окружающего, запаха лесных фиалок;
- 2) ощущением полета, невесомости;

- 3) подъемом настроения с ощущением особых способностей, стремлением к различным видам творческой деятельности;
- 4) усилением полового влечения и сексуальной потенции;
- 5) ощущением ясности всего, что ранее казалось запутанным и непонятным.

Задание #50

Вопрос:

Для I стадии опийной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) систематического приема опиатов
- 2) исчезновения зуда кожи лица
- 3) роста толерантности в 8-10 раз
- 4) неизменности физиологического действия опиатов
- 5) обсессивного влечения к наркотику

Ответы:

- 1) Верные ответы: 4;
- 2) Верные ответы: 1;
- 3) Верные ответы: 1;
- 4) Верные ответы: 2; 4;
- 5) Верные ответы: 4;
- 6) Верные ответы: 1; 2; 3; 4; 5;
- 7) Верные ответы: 1; 2; 3; 4; 5;
- 8) Верные ответы: 1;
- 9) Верные ответы: 3;
- 10) Верные ответы: 1;
- 11) Верные ответы: 5;
- 12) Верные ответы: 5;
- 13) Верные ответы: 5;
- 14) Верные ответы: 1; 2; 3;
- 15) Верные ответы: 1; 2; 3; 4;
- 16) Верные ответы: 4;
- 17) Верные ответы: 1;
- 18) Верные ответы: 3;
- 19) Верные ответы: 1;
- 20) Верные ответы: 2;
- 21) Верные ответы: 4;
- 22) Верные ответы: 4;
- 23) Верные ответы: 1;
- 24) Верные ответы: 5;
- 25) Верные ответы: 3;
- 26) Верные ответы: 5;
- 27) Верные ответы: 1;
- 28) Верные ответы: 5;
- 29) Верные ответы: 5;
- 30) Верные ответы: 4;
- 31) Верные ответы: 1;
- 32) Верные ответы: 5;
- 33) Верные ответы: 2; 4;
- 34) Верные ответы: 1; 2; 3; 4; 5;
- 35) Верные ответы: 4;

- 36) Верные ответы: 5;
- 37) Верные ответы: 5;
- 38) Верные ответы: 5;
- 39) Верные ответы: 5;
- 40) Верные ответы: 1; 2; 3;
- 41) Верные ответы: 2;
- 42) Верные ответы: 5;
- 43) Верные ответы: 1;
- 44) Верные ответы: 5;
- 45) Верные ответы: 2;
- 46) Верные ответы: 1; 2; 3; 4; 5;
- 47) Верные ответы: 1; 3;
- 48) Верные ответы: 5;
- 49) Верные ответы: 1; 2; 3; 4; 5;
- 50) Верные ответы: 3;

Ситуационные задачи

Задача 1

Б о л ь н о й В., 23 года, безработный.

Дед по отцовской линии злоупотреблял алкоголем. Мать пациента обладает твердым, целеустремленным характером. Отец много лет злоупотребляет алкоголем, неоднократно лечился, в настоящее время находится в состоянии длительной ремиссии. В связи с постоянной производственной занятостью никогда не имел возможности заниматься воспитанием детей. Старший брат пациента - ответственный, «типичный отличник», никогда не доставлявший забот родителям.

Пациент рос здоровым, веселым, общительным. Всегда был добрым, легко мог подарить товарищам любые свои вещи или игрушки. До 7-го класса школы получал только отличные отметки. В старших классах стал успевать хуже в связи с изменением интересов: часто проводил время в компании приятелей, появился интерес к девочкам, начал посещать дискотеки. После школы самостоятельно поступил в институт. Оказавшись в студенческой среде, почувствовал себя взрослым и способным на самостоятельную жизнь. Много времени проводил в компаниях сокурсников, развлекался. Быстро запустил учебу. На 2-м курсе в возрасте 18 лет несколько раз употреблял марихуану. Спустя год, находясь в обществе приятелей, принимающих наркотики, впервые употребил героин (путем вдыхания через нос). Употребление наркотика позже объяснял тем, что не хотел выглядеть трусом в глазах девушки, присутствовавшей при коллективном употреблении. Почувствовал тошноту, сонливость, заболела голова. Несмотря на это спустя неделю вновь употребил героин, на этот раз испытал удовольствие. С той поры стал употреблять героин примерно раз в неделю в течение 2 месяцев с постепенным повышением дозы. Зависимым от наркотика себя не считал, полагал, что в любое время может отказаться от него. Однако при этом почти постоянно думал о героине, старался найти информацию о нем в Интернете. В этот период, в состоянии В. появилась нервозность, временами ощущал безотчетную тревогу; чаще всего такие эпизоды возникали через 2—3 дня после очередного употребления героина. С этого времени, встречая на улице работников милиции, пациент всякий раз испытывал страх, что его могут остановить и задержать по подозрению в употреблении наркотиков. Боялся, что его внешний вид может навести милиционеров на подозрения о наркотиках. Успокаивал себя тем, что в связи с интраназальным употреблением героина у него нет следов инъекций на руках. Употребляя героин, В. с удовольствием отмечал, что наркотик прогоняет неприятные мысли, создает ощущение комфорта и полного жизненного благополучия. Употребление героина участилось до 2—3 раз в неделю. Примерно через 4 месяца после первой пробы героина по совету приятелей ввел героин внутривенно. Испытал значительно большее, чем при интраназальном употреблении, удовольствие. Внутривенные инъекции быстро приняли систематический характер.

В один из дней, наутро после очередной инъекции героина, почувствовал неизъяснимую тревогу, подавленность. Не мог отделаться от ощущения, что на него надвигается какая-то беда. Поспешил к знакомому сбытчику героина. После внутривенной инъекции наркотика успокоился, повеселел. На следующее утро проснулся с плохим настроением. Возникло опасение, что состояние может ухудшиться, поэтому решил предупредить это ухудшение с помощью героина. Тут же ему в голову пришла паническая мысль, что у него развилась зависимость от героина и теперь он обречен на пожизненный прием наркотика. Решил, что сегодня примет героин в последний раз. С этого периода (5,5 месяцев после первой пробы) употребление - героина стало ежедневным с быстрым нарастанием дозы.

Часто ловил себя на желании увеличить дозу героина, чтобы дольше чувствовать себя спокойным. По утрам постоянно чувствовал тревогу, подавленность, угнетенность. Вскоре к утреннему психическому дискомфорту присоединились физические признаки отмены героина: познабливание, слезотечение, чиханье, боли в ногах. Пациент терзался противоречиями: с одной стороны, испытывал страх, что становится все более зависимым от героина, с другой — боялся развития еще большего, чем прежде, психического дискомфорта и «спасался от плохих мыслей» с помощью новой инъекции. Появились опасения, что он может заболеть СПИДом или гепатитом. Несмотря на постоянные мысли о фатальных последствиях злоупотребления героином, увеличил частоту его приема до 2 раз в сутки. В этот же период услышал о смертельной передозировке героина у бывшего одноклассника. Часто (особенно по утрам) испытывал ужас от мысли, что и сам может погибнуть подобным образом, однако, спасался от этих опасений опять-таки с помощью очередной дозы наркотика.

Больной полностью сменил круг общения. Поддерживал контакты лишь с одним-двумя сбытчиками героина и несколькими знакомыми наркоманами. Совсем забросил учебу. Образовалась большая академическая задолженность; возникла угроза отчисления из института. Дома был нервозен, раздражителен. Появились скрытность, лживость. Прежде веселый, открытый пациент стал угрюм, немногословен. В ответ на расспросы родителей о том, что с ним происходит, легко взрывался, кричал, чтобы его оставили в покое. В конце концов пациент признался родителям, что давно принимает героин. По инициативе матери прошел курс лечения в частной клинике. После выписки из клиники чувствовал себя хорошо, воздерживался от приема героина в течение 14 мес. Вновь стал веселым, открытым, дружелюбным. Погасил академическую задолженность в институте. Восстановил контакты с прежними друзьями.

Затем В. поссорился с девушкой, оказывавшей, по мнению родителей пациента, благотворное влияние на него. Тяжело переживал конфликт, «назло ей» употребил героин интраназально, почувствовал выраженное облегчение. На следующий день проснулся в страхе: терзался раскаянием, настороженно прислушивался к собственным ощущениям, опасаясь развития «ломки». Несмотря на ее отсутствие с целью преодоления тревоги и общего психического дискомфорта еще раз принял героин, уверяя себя, что делает это в последний раз. Употребление наркотика сразу же стало систематическим, быстро появились признаки физической зависимости. Вновь возникли нервозность, раздражительность. Постоянно испытывал тревогу. Вскоре мать заметила перемены в поведении сына и настояла на его помещении в клинику. Последнее употребление героина произошло накануне вечером.

Психическое состояние при поступлении в клинику. Пациент выглядит подавленным, угнетенным, не очень охотно рассказывает о себе и своей болезни. Признается, что не хочет травмировать родителей, присутствующих при беседе, неприятными подробностями употребления наркотиков, а также испытывает стыд перед врачами, осуждающими, как он предполагает, его пристрастие к героину. Высказывает опасения, что вскоре у него разовьется «ломка». После уверения врачей, что лечение будет эффективным, и страдать ему не придется, пациент ненадолго успокаивается, затем спрашивает, какие снотворные назначают в этой клинике. Сообщает, что готов терпеть даже боли, но боится бессонницы. Просит провести ему тщательное обследование. Высказывает опасение, что раньше мог заразиться вирусами гепатита или СПИДа. С тревогой справляется у персонала, насколько достоверным может быть отрицательный результат исследования.

В отделении быстро сходится с другими больными наркоманическими зависимостями. Подробно расспрашивает их о применяемых в клинике методах лечения. Просит врача назначить ему «побольше лекарств», обезболивающих и снотворных.

Проводилась инфузионная терапия и активное применение психотропных лекарственных средств. В течение всего периода отмены и раннего постабстинентного периода у больного сохранялись высокий уровень тревоги и стойкие опасения ухудшения состояния. Больной настойчиво расспрашивал лечащего врача прогнозе вирусного гепатита, о возможности развития цирроза печени. На 16-й день лечения психическое состояние пациента, нормализовалось. Выписан из клиники с рекомендацией контролируемого приема налтрексона, мirtазапина, клозапина. Пациент высказывал установку на полное воздержание от ПАВ. Психическое состояние при выписке характеризовалось умеренной и отчасти корригируемой ипохондрической настроенностью.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

З а д а ч а 2

П а ц и е н т Т., 25 лет, безработный.

Дед по отцовской линии злоупотреблял алкоголем. Мать мягкая, добрая, «безответная», целиком посвятившая себя сыну. Отец был крайне несдержан, агрессивен, привлекался к уголовной ответственности после уличной драки. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения был злобен, избивал жену. Умер в возрасте 42 лет в психиатрической больнице, куда был помещен в связи с острым алкогольным психозом.

Пациент — единственный ребенок в семье. Рос физически здоровым, активным, общительным. Лидировал в детских коллективах. Мать, страдавшая от пьянства отца и боявшаяся, что семейные скандалы отрицательно скажутся на развитии ребенка, проявляла повышенную заботу о нем. Много работала, стремясь «накормить и одеть» сына лучше других. С дошкольных лет высоко оценивала его интеллектуальные способности; говорила сыну, что он умнее своих сверстников и что ему суждено большое будущее. В школе Т. поначалу был в числе первых по успеваемости, но уже с 4-го класса успехи в учебе стали снижаться. Отличался своенравием и высокомерным отношением к учителям. Болезненно реагировал на недостаточно высокую, по его мнению, оценку его способностей. Со сверстниками был драчлив. Любил подчинять себе товарищей и легко добивался этого. В старших классах школы начал выпивать. Школу окончил с преобладанием удовлетворительных отметок, однако самоуверенно заявлял, что сможет поступить в любой вуз. Сдавал экзамены в технический институт, но не выдержал конкурса и был призван в армию.

По время службы несколько раз выпивал (единичный характер алкогольных эксцессов объясняет редкостью предоставлявшейся возможности). После демобилизации совместно с армейским товарищем занялся коммерцией. В этот период пациент регулярно (не менее 1—2 раз в неделю) употреблял алкоголь, обычно в конце недели вместе с компаньоном. Пил преимущественно водку, в среднем по 300—500 г. Алкоголь переносил хорошо, пьянел мало. Похмельного синдрома наутро не испытывал. Вспоминая этот период жизни, Т. сообщал, что чувствовал себя сильным, предприимчивым, удачливым и пил «ради пущего веселья». Посещал игорные заведения и дискотеки. Несколько раз употреблял марихуану и «экстази».

После рискованной финансовой операции Т. потерял большую сумму денег и еще некоторое время выплачивал долги. Долго не имел работы. В это время стал систематически выпивать, позже объясняя это переживаниями по поводу своих профессиональных неудач и ощущением отсутствия перспективы. В том же году впервые интраназально употребил героин. Пристрастился к наркотику буквально с первых доз и быстро перешел к внутривенным инъекциям. Уже через месяц не мог

обходиться без ежедневной лозы героина, еще через 2 нед — без двукратного его употребления в течение суток. Суточная доза наркотика стремительно возрастала. Поведение пациента резко изменилось: будучи и до этого нервным, «дерганым», теперь он был постоянно взвинчен, легко выходил из себя по незначительным поводам. В состоянии Т. появилась пугливость, вздрагивал при резких звуках. Сам рассказал матери, что стал зависимым от героина. Плакал, говорил ей, что скоро умрет. По утрам, на фоне развивающегося синдрома отмены, не мог встать с постели, чувствовал «непереносимые» боли и слабость. В этом состоянии угрожал матери самоубийством, требовал, чтобы она нашла деньги где угодно, хотя они были стеснены в средствах, жили на небольшую зарплату матери. Вспоминая этот период, говорил, что развивающееся абстинентное состояние было невыносимым, а перспектива усугубления страданий вселяла в него ужас. Подчеркивал, что быстро перестал получать удовольствие от героина и принимал его только для того, чтобы не испытывать состояния отмены.

В течение полутора лет употребления героина дважды была отмечена передозировка. В связи с крайней нехваткой средств для регулярного приобретения наркотика в возрастающих дозах Т. продавал вещи из дома, затем стал промышлять мелким воровством. Все деньги, вырученные у скупщиков краденого, тратил на героин, однако и их не хватало. Занял различные суммы денег практически у всех родственников и знакомых. Дважды задерживался сотрудниками полиции, был уличен в хранении наркотиков, судим и условно осужден.

Многokrратно и безуспешно пытался преодолеть зависимость от героина путем массивного употребления алкоголя, кустарных психостимуляторов, а также с помощью сочетанного приема трамадола и нитразепама. Обратился за помощью к частному врачу. На 3-й день лечения у Т. развилось помрачение сознания: больному казалось, что он находится в доме у своей девушки, мать принимал за давно умершую бабушку. После приема лекарств, назначенных на ночь, состояние ухудшилось: перестал ориентироваться в окружающей обстановке, двигательное возбуждение достигло степени неистовства, больной упорно пытался покинуть квартиру, не понимал обращенной к нему речи. В течение одного из периодов просветления сознания потребовал у матери, чтобы та принесла ему водки, грозился, выброситься в окно в случае невыполнения этого требования. В течение неполных суток выпил больше 1 л водки. В состоянии умеренного алкогольного опьянения был привезен матерью в клинику.

Психическое состояние при поступлении в клинику.

Выражены признаки нейрелепсии. Угрюм. Артикуляция речи нечеткая. Осмысление реплик собеседника затруднено. Быстро теряет нить беседы. Понимает, что находится в клинике, однако не в состоянии определить текущую дату. Безынициативен, пассивно подчиняем. После массивной инфузионной терапии уровень сознания восстановился. Пациент жалуется на непереносимые «ломки», говорит о тяжелейших болях. В течение дня многократно обращается с настойчивыми просьбами о назначении дополнительных лекарственных средств. Много говорит о «тяжелой ломке». Постоянно неудовлетворен своим самочувствием: просит назначить «что-нибудь успокаивающее», после инъекции неохотно отмечает подавление тревоги, однако недоволен мышечной вялостью, просит назначить ему что-нибудь «для бодрости», периодически говорит о «депрессии», просит назначить «какой-нибудь антидепрессант. Жалобы многообразны. С врачами держится фамильярно и в то же время угодливо. С медицинскими сестрами и санитарками высокомерен, груб. При аргументированном отказе в дополнительных лекарствах угрожает, сквернословит. Понимает, что страдает тяжелой наркотической зависимостью, осознает степень измененности собственной личности, утверждает, что является самым тяжелым пациентом в клинике. В то же время склонен рационализировать пристрастие к наркотикам, высказывает некорректируемые субъективные представления о принципах лечения своей болезни. Убежден, что ему необходим длительный прием слабых опиоидов («чтобы не было стресса», связанного с резкой отменой наркотика). Полагает, что «легкие» наркотики могут позволить ему добиться ремиссии опийной зависимости. В суждениях крайне ригиден. Реплики собеседника выслушивает с видом еле сдерживаемого нетерпения и попросту игнорирует аргументированные возражения. Вследствие неустойчивости внимания больного удается отвлечь на другие темы, однако спустя некоторое время он вновь и вновь упрямо возвращается к однообразным просьбам о назначении снотворных,

наркотических анальгетиков, натрия оксибутирата и других субъективно притягательных лекарственных средств.

В первые дни лечения проводили активную инфузионную и симптоматическую метаболическую терапию.

На 4-й день пребывания в клинике психическое состояние резко ухудшилось в связи с тем, что у больного впервые были выявлены лабораторные признаки ВГС и ВИЧ-инфекции. Т. впал в крайне возбужденное состояние, рыдал, кричал, что врачи «назло» сфабриковали анализы. Без видимого повода подрался с одним из пациентов клиники. После того как в схему лечения были введены нейролептики больной успокоился, но в течение дня несколько раз принимался плакать, говорил, что дни его сочтены. На следующий день возобновилось отмеченное при поступлении и клинику настойчивое выпрашивание дополнительных лекарств, аргументируемое «депрессией из-за СПИДа и гепатита». Стойкие ипохондрические переживания и настойчивые просьбы о назначениях дополнительных лекарственных средств отмечались в течение недели, постепенно ослабевая. Состояние относительно стабилизировалось к 10-му дню лечения при сохранении стойкой ипохондрической фиксации на телесных ощущениях, повышенной тревоги и опасениях ухудшения самочувствия.

Несмотря на низкую оценку собственного состояния, пациент настоял на выписке, аргументируя это психологической невозможностью дальнейшего пребывания в клинике («стены давят»). Декларировал уверенность в том, что никогда не вернется к употреблению героина, в то же время признавал, что если «захочется кайфа, то устоять будет трудно». С неохотой признал, что влечение к наркоту до конца не исчезало ни в один из дней лечения. Наотрез отказался от длительного приема налтрексона, аргументируя отказ тем, что узнал от соседа по палате о токсических свойствах этого препарата.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

З а д а ч а 3

П а ц и е н т И., 29 лет, безработный.

Семейная отягощенность психическими (в том числе аддиктивными) расстройствами отсутствует.

Отец целеустремленный, ответственный, в связи с постоянной занятостью на работе воспитанием сына не занимался. Мать добрая, заботливая, уступчивая, недостаточно требовательна к детям.

Пациент — младший из двух сыновей. Рос здоровым. В детстве перенес несколько неосложненных инфекционных заболеваний. По характеру был открытым, общительным, подвижным. Легко ладил с окружающими. В школе учился неровно. По словам учителей, обнаруживал хорошие способности, но не прикладывал систематических усилий к учебе. Особых замечаний к его поведению у школьных преподавателей не было.

После школы поступил в строительный институт. К учебе относился небрежно, на 2-м курсе был отчислен и призван в армию. После демобилизации вновь поступил на вечерний факультет того же института и устроился на работу водителем. К учебе относился без интереса («лишь бы закончить»), больше думал о заработках. По выходным много времени проводил в компаниях приятелей, при этом часто выпивал (до 2 л пива или 200—300 г водки). Наличие похмельного синдрома в тот период отрицает. Женится на бывшей сокурснице. Семейная жизнь не задалась: жена требовала от него «правильного поведения», пыталась отучить от спиртного. Пациент пытался сохранить независимость в поступках, из-за этого часто ссорился с женой. Спустя год после свадьбы они разошлись.

В этот период И. близко сошелся с компанией наркоманов, промышлявших мелкими кражами. Стал употреблять препараты опия систематически, сначала 2—3 раза в неделю, затем ежедневно и по несколько раз в день. Опиоиды (экстракты маковой соломки и ацетилированные препараты опия-сырца) вводил внутривенно вместе с растолченными таблетками димедрола. В дальнейшем к внутривенным введениям этой наркотической смеси добавились внутривенные введения реланиума. В течение нескольких месяцев после начала систематического употребления наркотиков пациент резко изменился: появилась скрытность, нередко исчезал из дому, не предупредив родителей, вел таинственные разговоры по телефону и прекращал их, если кто-нибудь входил в его комнату. В общении с родными появились лживость, изворотливость. Стал раздражительным, агрессивным. Отгородился от близких; по свидетельству матери, «вел себя, как чужой». Систематически требовал у родителей деньги. Перестал нормально питаться, быстро похудел. Подолгу засиживался в ванной комнате и в туалете.

Через 2 года по настоянию родных, добившихся от него признания в употреблении наркотиков, прошел курс лечения на дому с помощью частнопрактикующего врача. Воздерживался от приема наркотиков в течение 4 мес. В этот период несколько раз выпивал, но потом прекратил выпивки, испугавшись не свойственных ему ранее проявлений опьянения: оно наступало после приема сравнительно небольших доз алкоголя, ранее легко переносимых, и выражалось повышенной конфликтностью с готовностью к агрессии. В состоянии полного воздержания от приема ПАВ испытывал психический дискомфорт, проявлявшийся повышенной раздражительностью, нервозностью, тревогой, периодически возникавшим влечением к наркотикам и алкоголю. Без назначения врача начал употреблять феназепам, на фоне его действия чувствовал себя спокойнее. Суточная доза феназепама в отдельные дни доходила до 15 мг. Ничем не занимался, попытки найти работу носили декларативный характер.

После ссоры с девушкой выпил около 500 г водки; на следующий день чувствовал дрожь во всем теле, слабость, а также характерные для ОАС озноб, слезотечение, боли в позвоночнике и ногах. Испытывал резкую тревогу, практически непреодолимое желание употребить наркотик. Внутривенно ввел некоторое количество героина, быстро почувствовал выраженное облегчение. С этого дня употребление героина стало ежедневным, доза наркотика постепенно возрастала. Иногда употребление героина чередовалось с приемом ацетилированных препаратов опия, опиаты употреблял в сочетании с димедролом.

По настоянию родителей обратился за помощью в клинику. Последнее употребление наркотика (героин в привычной дозе) произошло поздно ночью накануне госпитализации.

Психическое состояние при поступлении в клинику. Ориентировка во времени и в окружающей обстановке полностью сохранена. Выраженных расстройств памяти и внимания не выявлено. Вначале держится настороженно, в беседе с врачами пытается продемонстрировать уверенность в себе, независимость. Самооценка завышена. На вопросы собеседников отвечает снисходительно, с долей насмешки. Больным себя не считает, с уверенным видом сообщает, что сам может вылечиться. После беседы с врачами, в ходе которой были представлены аргументированные доказательства тяжести и неблагоприятного прогноза наркотической зависимости, поведение пациента меняется, он начинает более критично оценивать проблему собственной болезни. В дальнейшем ведет себя достаточно предупредительно с сотрудниками клиники и другими пациентами; при этом в общении с родителями груб, капризен, требователен, легко раздражается. Тяготеет к манипулятивному поведению с родными: в ответ на обещание соблюдать лечебный режим требует принести ему телефон, плеер, деньги и т. д.

Проводилось купирование синдрома отмены опиоидов. Вечером на 2-й день лечения у больного возникло выраженное влечение к наркотику. Пациент жаловался на «депрессию», просил назначить ему «что-нибудь успокоительное, какие-нибудь антидепрессанты». Мимика и речь больного отражали тревогу, беспокойство. После принятия внутрь 50 мг клозапина состояние существенно не улучшилось. Повторное назначение 50 мг клозапина привело к развитию психомоторного возбуждения, стал рваться к дверям, говорил, что «здесь, на этой хате», ему делать нечего, «через полчаса сюда оперативники приедут». В ответ на расспросы сообщал, что находится в квартире одного из своих приятелей, где регулярно собираются наркоманы. После непродолжительных

уговоров пациент успокоился, согласился лечь в койку и принять лекарства. Ориентировка в окружающей обстановке частично восстановилась. После внутримышечного введения 5 мг галоперидола и 20 мг диазепама пациент заснул и спал 3 ч. Среди ночи проснулся, начал шарить в тумбочке и под кроватью, в ответ на расспросы объяснял, что здесь у него спрятан димедрол. Полагал, что находится в своей квартире, однако присутствию в ней посторонних лиц не удивлялся. В ответ на вопрос дежурной медсестры о том, кем она является, с ухмылкой ответил: «Соседка, наверное». Пожаловался на озноб, чиханье и боли в ногах. Клинический осмотр позволил выявить умеренные объективные признаки ОАО: тахикардию, потные ладони и лоб, мидриаз, слезотечение. После проведения соответствующей терапии пациент заснул и спал до утра. В течение следующего дня был вполне ориентирован в окружающей обстановке, вял, сонлив. Сохранялись жалобы на проявления синдрома отмены: озноб, мигрирующие боли в ногах и спине. Вечером вновь возникло нарушение ориентировки в окружающей обстановке, появилась тревога, стал спрашивать, зачем его «здесь заперли», говорил, что он «ни при чем, документы в полном порядке». Спустя сутки после купирования психоза практически исчезла абстинентная симптоматика, сохранялось лишь периодическое познабливание. В последующие дни признаков помрачения сознания не отмечалось. Клозапин, назначенный с целью коррекции сна на 8-й день депривации опиоидов в дозе 50—100 мг, не приводил к описанным выше психическим расстройствам. На фоне дальнейшего лечения стабилизировалось психическое и соматическое состояние, улучшились лабораторные показатели. Находился в клинике 16 дней, за это время поправился на 3,5 кг. Выписан с рекомендацией поддерживающего лечения налтрексоном.

Катамнестические данные. Период воздержания от употребления наркотиков на фоне несистематического употребления налтрексона составил 14 мес. Возобновил употребление героина при встрече со старыми друзьями. В течение 5 дней употреблял наркотик непрерывно с быстрым восстановлением физической зависимости. Спустя 4 мес. по настоянию матери вновь прошел курс лечения в клинике, выписан с рекомендацией контролируемого приема налтрексона. По косвенным данным, И. не употреблял наркотиков вплоть два года. Дальнейшие сведения о пациенте отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

З а д а ч а 4

П а ц и е н т О., 43 года, безработный.

Наследственность психическими (в том числе аддиктивными) заболеваниями не отягощена. Родился в Ереване, где жил до 16 лет. Серьезных заболеваний не переносил.

В школе учился средне и к продолжению образования не стремился. По окончании школы переехал с родителями в Иркутск. Там был призван в армию, после службы вернулся домой и стал работать экспедитором в райпотребсоюзе. В дальнейшем сменил ряд мест работы в системе торговли и общепита. В 24 года стал директором магазина, годом позже заведующим торговой базой. Имел свободные заработки, рано приобрел привычку жить на широкую ногу, любил устраивать застолья.

В 23 года женился; в настоящее время живет с женой и двумя детьми. До начала употребления опиоидов уделял много внимания семье, заботился о жене и детях.

С молодых лет О. отличался обаянием, легко сходилась с окружающими, имел много друзей, был «душой компании». Однако при внешней открытости и дружелюбии отличался недоверчивостью, был осторожен в принятии решений, старался многократно проверять информацию о людях, входивших с ним в контакт.

Примерно с 25 лет пациент стал злоупотреблять алкоголем. Предпочитал водку, выпивал до 500 г в день. Нередко пил до 4—5 раз в неделю. В ответ на протесты жены говорил, что выпивки неизбежны в связи с постоянными встречами с «нужными людьми».

В эти годы изменился характер больного: он стал раздражительным, желчным. Привычная недоверчивость, прежде скрываемая и известная лишь близким людям, стала заметной для окружающих. Появилась необоснованная ревность к жене. Возвращаясь домой в состоянии опьянения, пациент нередко устраивал жене сцены ревности, придирчиво выспрашивал ее, чем она занималась в течение дня, с кем встречалась, куда звонила и т.д.

В возрасте 29 лет впервые употребил наркотик: в компании приятелей ввел внутривенно 2 мл промедола. В дальнейшем употреблял промедол, омнопон и морфин от случая к случаю, 1—2 раза в год.

В возрасте 32 лет начал употреблять наркотические анальгетики (преимущественно морфин) 2—3 раза в месяц, затем чаще. Быстро сформировалась наркотическая зависимость. Несколько раз отмечались периоды воздержания от употребления наркотиков: сначала их продолжительность достигала полутора лет, в дальнейшем не превышала 2—3 мес.

В возрасте 37 лет перешел от приема официальных наркотических анальгетиков к систематическому употреблению маковой соломки и позже — ацелированных препаратов снотворного мака. Через год отмечено сочетанное употребление опиатов и препаратов снотворно-седативной группы: пациент внутривенно вводил диазепам (реланиум), а также раствор димедрола. Систематическое употребление опиоидов сопровождалось быстро нарастающими изменениями личности: больной стал скрытным, лживым, изворотливым, крайне раздражительным. Изменился круг общения: отошел от прежних приятелей, окружил себя людьми без определенных занятий и с сомнительной репутацией. В поведении больного появился прежде несвойственный ему эгоизм. Равнодушно реагировал на различные просьбы жены, отмахивался от нее, когда она указывала ему на те или иные домашние проблемы. Стал поздно являться на работу, дела вел небрежно. Спустя год после начала регулярного употребления опиоидов растратил значительные суммы казенных денег. Было возбуждено уголовное дело, находился под следствием в течение 4 мес; дело было закрыто стараниями отца, имеющего связи в городе. С тех пор практически не работал, перебивался случайными заработками. В настоящее время семья О. находится на содержании его отца. Пациент несколько раз пытался лечиться путем употребления больших доз спиртных напитков либо сочетанного употребления норфина и транквилизаторов. Дважды отмечались перерывы в употреблении наркотиков сроком 9 и 4 мес.

В клинику обратился по настоянию родных; в связи с тяжестью соматического состояния был госпитализирован в отделение интенсивной терапии и реанимации клиники. Последнее употребление ацелированных препаратов опия произошло накануне (за 9 ч до госпитализации).

Психическое состояние при поступлении в клинику. Ориентировка во времени, окружающей обстановке, собственной личности не расстроена. Мимика, жестикация, общая манера поведения отражают стремление внушить врачам впечатление о «тяжелой ломке». Речь отличается декларативностью, склонностью к патетике. Пациент заверяет собеседников в «максимальной серьезности» своего намерения прекратить употребление наркотиков. Высказывая опасения по поводу угрожающего ему крайне тягостного абстинентного состояния, настаивает на превентивном введении наркотических анальгетиков — «омнопона или хотя бы морфия»; при этом многозначительно сообщает о готовности «отблагодарить» врачей. Несколько раз высказывает настойчивые опасения, что на 3-й день воздержания от употребления наркотиков у него разовьется непереносимый физический дискомфорт. Поведение больного отличается демонстративностью, выраженной склонностью к рисовке. Придерживается малокорректируемых взглядов на оптимальные методы лечения наркомании. Высказывает настойчивую убежденность, что без недельного приема наркотических анальгетиков не сможет вылечиться. Не без успеха пытается одержать верх в дискуссиях с молодыми дежурными врачами.

Интеллект развит достаточно, круг представлений весьма обширен. Больной отличается пронизательностью, быстро улавливает нюансы в поведении сотрудников. Пытается интриговать, используя сложности в личных взаимоотношениях между некоторыми из них. Склонен к

завязыванию коротких отношений с медсестрами. Стремится к получению режимных послаблений: телефонных звонков, выхода на улицу и т.д.

Лечение и динамика состояния. На фоне купирования абстинентного синдрома испытывал умеренные проявления психофизического дискомфорта, однако пациент говорил, что в целом доволен лечением. Периодически высказывал опасения тревожно-ипохондрического характера, настойчиво убеждал сотрудников в необходимости назначения ему дополнительных препаратов для облегчения состояния, однако при этом был довольно весел, остроумен, дружелюбен. На 2-й день лечения (и 3-й день лишения опиоидов) было отмечено некоторое утяжеление абстинентного состояния. Пациент стал мрачен, раздражителен. Прежде общительный и открытый, он демонстративно замкнулся в себе. Отказался от таблеток, инъекций и инфузионных процедур. С подозрением реагировал на раздававшиеся в отделении телефонные звонки, на появление в отделении незнакомых ему сотрудников клиники. В ответ на расспросы о причинах своего поведения с неохотой признался, что не хочет принимать лекарства, так как уверен, что врачи и медицинские сестры подкуплены милицией и хотят его отравить. Крайне неохотно согласился на внутримышечное введение лекарств (5 мг галоперидола и 3 мг феназепам), после инъекций заснул и спал 4 ч. При пробуждении был хмур, но спокоен. Подозрений о недобрых намерениях сотрудников клиники не высказывал, однако настороженно относился к появлению посетителей. Усмехаясь, спросил дежурного врача, не являются ли визитеры переодетыми сотрудниками милиции, тут же добавил, что пошутил. Несколько раз выглядывал в окна. Насторожился, услышав шум подъехавшего автомобиля. После разговоров с дежурным врачом ненадолго успокаивался, но спустя какое-то время вновь делался подозрительным. Сообщил врачу, что полностью доверяет сотрудникам клиники, но боится, чтобы на них не оказали давления его недоброжелатели и не попытались нанести ему физический ущерб, либо подвергнуть его аресту. Внутримышечное введение 75 мг аминазина немного успокоило О., однако через час он стал еще более подозрительным, высказывал угрозы «поквитаться за все» с дежурной бригадой, пытался запереться в процедурном кабинете. После назначенных на ночь препаратов спал до утра без пробуждения. На следующий день проснулся раздраженным, был угрюм, уклонялся от обсуждения недавних событий, однако ближе к середине дня вновь стал весел, открыт, шутил над собственным вчерашним состоянием, которое объяснял плохим самочувствием. В последующие дни было отмечено ухудшение соматического состояния с фебрильной лихорадкой; проводились активная детоксикация и антибиотикотерапия. В ходе консилиума терапевта, кардиолога и инфекциониста обсуждался вопрос о наличии острой пневмонии, острого токсического гепатита, инфекционного эндокардита; предположение о наличии последнего в дальнейшем было отвергнуто. Эпизодов ухудшения психического состояния, подобных описанному ранее, в течение всего пребывания в клинике не отмечалось. Был весел, дружелюбен. Во время посещений жены (несмотря на то, что всегда ждал ее с нетерпением) настроение заметно менялось: становился раздражительным, подозрительным, грубым. Старался не допускать, чтобы жена входила во врачебный кабинет без него. Если же это происходило, то потом долго и придирчиво расспрашивал ее о содержании беседы. Несколько раз без серьезных к тому оснований упрекал жену в кокетстве с врачами.

Выписан в удовлетворительном соматическом и психическом состоянии и нормализованными лабораторными показателями с адаптацией к ежедневному приему налтрексона. При выписке сохранялись затруднения при засыпании, раздражительность, готовность к конфликтам с женой на почве ревности. Пациенту был рекомендован контролируемый прием налтрексона, назначены галоперидол, клозапин (азалептин), гепатотропная и ноотропная терапия. В течение 12 дней регулярно приходил в клинику на контрольные встречи с врачом. Подчеркнуто неохотно принимал налтрексон, отрицал влечение к наркотикам и алкоголю. В сопровождении жены вернулся домой, получив рекомендации противорецидивного характера. Более поздние сведения о больном отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

МОДУЛЬ: ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА. ПСИХОТЕРАПИЯ И ДРУГИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Вариант 1

1. Согласно отечественному определению психотерапия – это:
 - а) особая профессия, требующая специальной подготовки;
 - б) взаимодействие между пациентом (пациентами) и терапевтом (терапевтами) с целью устранения нарушений поведения и болезненных состояний;
 - в) исцеление душой;
 - г) метод активизации процесса научения;
 - д) система лечебного воздействия на психику и через психику – на организм больного.

2. Актуальность теоретического наследия родоначальников отечественной нейрофизиологии для психотерапии связана с тем, что:
 - а) был заложен фундаментальный рефлексологический подход к изучению высшей нервной деятельности, обосновывающий поведенческий подход к психотерапии;
 - б) было обосновано современное понимание феномена гипноза;
 - в) было разработано используемое в настоящее время понимание феномена внушения;
 - г) было обосновано актуальное в настоящее время понимание рациональной психотерапии;
 - д) их исследования способствовали развитию психоаналитической психотерапии.

3. Из всех типов нервной системы считается наиболее совершенным (И.П.Павлов):
 - а) сильный уравновешенный тип;
 - б) сильный неуравновешенный тип;
 - в) слабый неуравновешенный тип;
 - г) слабый уравновешенный тип;
 - д) сангвинический тип.

4. В доказательной медицине показана клиническая эффективность следующих методов психотерапии:
 - а) психоанализа З.Фрейда и группанализа;
 - б) клинической психотерапии и психодрамы;
 - в) трансперсональной психотерапии и символдрамы;
 - г) когнитивно-поведенческой психотерапии и частично гипнотерапии;
 - д) трансактного анализа и арттерапии.

5. В последующей жизни индивида имеют значение:
 - а) врожденные особенности его телесной организации;
 - б) врожденные особенности его духовной организации;
 - в) наследственные творческие способности;
 - г) то, что включается в жизненный стиль индивида, формирующийся в первые 3-5 лет;
 - д) врожденная склонность к религиозности.

6. Психоаналитическая регрессия определяется:

- а) вытеснением либидо;
- б) психическим процессом, благодаря которому психический акт способный быть осознанным, перемещаясь в систему бессознательного;
- в) психическим процессом, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему;
- г) возвратом сексуальности к архаическим основам;
- д) возвратом либидо на более ранние ступени его развития.

7. Жизненный стиль индивида определяется:

- а) проявляющимися в общении с людьми архетипами;
- б) властным отношением к людям;
- в) проявлением в творчестве врожденных характерологических черт;
- г) способом решения проблем возникающих в основных жизненных сферах;
- д) способом деритуализации.

8. В отличие от театра в психодраме участник исполняет предписанную роль:

- а) наедине с психотерапевтом, чтобы показать ему нагляднее, через театральное преувеличение, свои симптомы;
- б) в импровизированном представлении, активно экспериментируя с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни;
- в) невротика, а психотерапевт – роль здорового;
- г) не на сцене, а специальной психотерапевтической комнате;
- д) невротика в семье, перед знакомыми по заданию психотерапевта.

9. Гештальттерапия ставит своей целью:

- а) проведение анализа вместе с членами группы своего индивидуального отношения к живой и неживой природе;
- б) изучение вместе с участниками этого процесса психологических и логических закономерностей в группе;
- в) изучение вместе с участниками различных характерологических вариантов для возможности прогнозировать переживания и поведение партнера в различных ситуациях;
- г) пробуждение организмических процессов участников путем поощрения расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости;
- д) самоактуализацию духовной сексуальности.

10. Логотерапия, предложенная В. Франклом, направлена на:

- а) придание смысла жизни пациенту;
- б) помощь пациенту разобраться в характерах людей по особенностям их речи и на основании этого строить с людьми дружеские отношения, смягчая свою душевную напряженность;
- в) помощь пациенту спонтанно найти свой смысл жизни;
- г) придание цели жизни пациента;
- д) побуждение пациента к религиозному переживанию.

11. Теория игр в транзактном анализе определяется основным принципом:

- а) игра целебно смешит человека;
- б) игра может огорчить человека (в случае проигрыша) и вызвать болезнь;
- в) игра несет в себе древнюю жизнь наших предков;
- г) любое общение полезно и выгодно для людей;
- д) игры претворяют в себе работу «коллективного бессознательного».

12. Холотропная дыхательная техника – это метод:

- а) применения галлюциногенов при погружении в транс;
- б) применения психоделических растений при лечении депривации сна;
- в) соединения в себе дыхательной гимнастики йогов и музыкотерапии;
- г) соединения безлекарственного действия гипервентляции и музыки;
- д) действия холотропно-соматически на организм.

13. К методам психоаналитической психотерапии относятся:

- а) имаготерапия;
- б) ортодоксальный психоанализ;
 - в) бихевиоральная психотерапия;
- г) когнитивная психотерапия;
- д) гештальт-терапия.

14. К методам когнитивной психотерапии относятся:

- а) рационально-эмотивная психотерапия;
- б) клиент-центрированная психотерапия;
- в) символдрама;
- г) поведенческая психотерапия;
- д) нейролингвистическое программирование.

15. Особенность клинической психотерапии состоит в том, что:

- а) истинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением;
- б) для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, эффективнее;
- в) используются методы «глубинной», психоаналитической, трансперсональной психотерапии;
- г) это психотерапевтическое лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории.

16. Формируя первые научные представления о гипнозе, Д Брэд:

- а) полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия на развертывающиеся перед ним явления;
- б) выдвинул «психонейрофизиологическую» теорию гипнотизма;
- в) полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в результате словесного внушения;
- г) считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие организмические силы организма;
- д) отбросил идею флюида.

17. Психологическая и психотерапевтическая помощь при переживании утраты в первую очередь направлена на:

- а) работу с личностью пациента;
- б) проработку чувств пациента по отношению к объекту привязанности;
- в) нейтрализацию негативных чувств по отношению к объекту привязанности;
- г) активизацию психологических процессов переживания горя и утраты;
- д) работу с детскими конфликтами, лежащими в основе привязанности к объекту;

18. Содержание терапевтического контакта в процессе психологического консультирования и психотерапии наиболее точно отражает термин:

- а) особый интимно-личностный контакт;
- б) эмпатический контакт;

- в) терапевтический перенос;
- г) терапевтический альянс;
- д) глубокий эмоциональный контакт.

19. Контрперенос в консультировании и психотерапии проявляется себя в поведении консультанта:

- а) состояниями «сверхвключенности» в ситуацию консультирования;
- б) переживанием ярких позитивных или негативных чувств по отношению к пациенту;
- в) различными чувствами и спонтанными ассоциациями в процессе консультирования;
- г) активизацией переживаний, сопряженных с личными проблемами;
- д) неосознанными действиями, искажающими терапевтический контакт;

20. Стойкая терапевтическая резистентность аддиктивного расстройства, как правило, сопряжена с:

- а) коморбидными психическими расстройствами;
- б) проблемами созависимости в семье пациента;
- в) расстройством личности пациента;
- г) недостаточной эффективностью проводимой психотерапии;
- д) низкой мотивацией пациента;

21. Психотерапевтическая тактика лечения хронического алкоголизма - это все перечисленное, кроме:

- а) преобразование алкогольной позиции больного;
- б) осознание необходимости меняться в процессе динамики жизненного процесса особенно при наличии решения лечиться;
- в) формирование мотива к трезвости;
- г) адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенности;
- д) формирование у больных свойств трезвенника.

22. В психотерапевтическом кабинете психоневрологического диспансера проводится лечение пациентов, кроме:

- а) с нарушениями физиологических функций психогенной этиологии;
- б) с острыми реакциями на стресс;
- в) с нарушениями семейного функционирования;
- г) с манифестными психотическими расстройствами;
- д) с расстройствами личности.

23. Влияет ли степень мотивации к отказу от табакокурения на эффективность лечения?

- а) да
- б) нет

24. Тактика ведения пациента при неудачной попытке отказа от курения

- а) запретить отказ от курения
- б) назначить повторный курс лечения
- в) направить пациента к психиатру
- г) увеличить дозу лекарственных препаратов

25. Основные принципы проблемно-ориентированной психотерапии:

- а) ориентированность на проблему
- б) ориентированность на пациента
- в) плюрализм методов
- г) структурированность

д) все перечисленные выше

26. Основными видами эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме

- а) психогенных воздействий
- б) тимогенных воздействий
- в) психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий
- г) стрессогенных воздействий

27. Самая примитивная ступень развития либидо - это

- а) садистско-анальная
- б) генитальная
- в) комплекс Электры
- г) оральная
- д) кишечная

28. Регрессия - это (З.Фрейд)

- а) вытеснение либидо
- б) процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного
- в) процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему
- г) чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам
- д) возврат либидо на более ранние ступени его развития

29. Работа сна состоит (Юнг)

- а) в маскировке бессознательных желаний
- б) сон продуцирует определенную мысль
- в) с помощью сна инстинктивные силы влияют на активность сознания; символы сна есть проявления той сферы, которая вне контроля разума
- г) в работе сна нет смысла и целенаправленности

30. Появление чувства неполноценности особенно сильно способствуют (А.Адлер)

- а) физические недостатки у детей, воспринимающих их как жизненные препятствия
- б) изнеженность в детстве, побуждающее видеть повсюду врагов
- в) упорство и терпеливость ребенка
- г) выраженная "взрослая" самостоятельность ребенка
- д) правильно а) и б)

31. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: "Психотерапия - это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений"?

- 1) динамической
- 2) гуманистической
- 3) когнитивной
- 4) поведенческой

32. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- а) переучивание
- б) осознание
- в) приобретение нового опыта

г) переработку иррациональных установок

33. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

- а) использование свободных ассоциаций
- б) директивное отношение психотерапевта к пациенту
- в) работу с иррациональными установками личности
- г) изменение системы отношений пациента

34. Понятия "перенос" и "контрперенос" относятся к следующим направлениям психотерапии:

- а) когнитивной
- б) позитивной
- в) психодинамической
- г) гуманистической

35. В "триаду Роджерса" входят все элементы, кроме:

- а) аутентичность
- б) директивность
- в) безусловная положительная оценка (принятие) пациента
- г) эмпатия

36. Основное в учении Карла Роджерса:

- а) психоанализ
- б) гештальт-терапия
- в) терапия, центрированная на пациенте
- г) индивидуальная психотерапия
- д) аналитическая психотерапия

37. Психология малой группы включает в себя все нижеперечисленное за исключением понятий:

- а) роль
- б) норма
- в) лидерство
- г) индивидуальность
- д) групповой процесс

38. Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) анархический
- д) антиавторитарный

39. Рациональная психотерапия в классическом своем варианте особенно эффективна для лечения

- а) ананкастических переживаний
- б) душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами
- в) психастеников
- г) всевозможных навязчивостей и мягких параноидальных
- д) ни одно из перечисленных

40. Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

- а) осознать свои межличностные отношения

- б) изменить их
- в) проанализировать их
- г) исследовать себя
- д) все перечисленное

41. Материалом для психоанализа, по Фрейду, может служить все нижеперечисленное за исключением:

- а) свободных ассоциаций
- б) реакций переноса
- в) состояния сомнамбулы
- г) сопротивления
- д) сновидений

42. Трансфер - это:

- а) особое состояние сознания
- б) термин из техники психоанализа
- в) перенос на врача чувств пациента
- г) перенос врачом чувств на пациента
- д) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого

43. Основателем транзактного анализа является:

- а) Адлер
- б) Берн
- в) Роджерс
- г) Перлс
- д) Юнг

44. Сертификация личности, по Берну, следующая:

- а) Отец, Мать, Ребенок
- б) Взрослый, Ребенок, Родитель
- в) Родитель, Наставник, Ребенок
- г) Врач, Родитель, Ребенок
- д) Отец, Сын, Врач

45. Процесс развития "психодрамы" предусматривает:

- а) раскрепощение двигательной активности участников
- б) стимуляцию спонтанных поведенческих реакций
- в) фокусировку членов группы на конкретной теме
- г) психодраматическое действие и его последующее обсуждение
- д) все перечисленное в совокупности

46. В основе гештальт-терапии лежит:

- а) психоанализ
- б) бихевиоризм
- в) экзистенциализм
- г) гештальт-психология
- д) все перечисленное

47. Основами какого метода психотерапии являются понятия "отношение фигуры и фона", "осознание чувств и сосредоточенность на настоящем", "единство и борьба противоположностей", "функции и защиты", "принятие ответственности на себя":

- а) психоанализа
- б) аналитической психотерапии Юнга
- в) индивидуальной психотерапии Адлера
- г) гештальт-терапии
- д) клиентцентрированной терапии Роджерса

48. Рационально-эмоциональная терапия Эллиса представляет собой:

- а) один из способов когнитивного реструктурирования; момент когнитивно-бихевиорального развития ортодоксальной поведенческой терапии
- б) способ диагностики иррациональных убеждений и систематического замещения их рациональными представлениями
- в) "атаку" и разрушение иррациональных компонентов мышления
- г) терапию, основывающуюся на положении о том, что придерживаться рациональной системы убеждений - значит гарантировать себе жизнь, полную фрустраций
- д) правильно 1) и 2)

49. Внушение действует обычно тем сильнее, чем:

- а) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают
- б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт
- в) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время
- г) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта
- д) более склонен пациент к психоаналитической терапии

50. Для погружения в гипноз лучше применять:

- а) слабые монотонные раздражители
- б) полифонические раздражители
- в) сильные раздражители
- г) словесное внушение
- д) сочетание вербального внушения с воздействием слабых монотонных раздражителей

Ответы

- 1. д
- 2. а
- 3. д
- 4. г
- 5. г
- 6. д
- 7. г
- 8. б
- 9. г
- 10. в
- 11. г
- 12. г
- 13. б
- 14. а
- 15. б
- 16. д
- 17. г
- 18. г
- 19. в
- 20. а
- 21. д

- 22. г
- 23. а
- 24. б
- 25. д
- 26. в
- 27. г
- 28. д
- 29. в
- 30. д
- 31. б
- 32. г
- 33. г
- 34. в
- 35. б
- 36. в
- 37. б
- 38. б
- 39. б
- 40. д
- 41. в
- 42. в
- 43. б
- 44. б
- 45. д
- 46. д
- 47. г
- 48. д
- 49. г
- 50. д

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной Х., 24-х лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца, родители рано развелись, воспитывался бабушкой, жил в стесненных материальных условиях. Данных о раннем психомоторном развитии нет. В школе отучился 5 лет, затем школу бросил. Сам объясняет это тем, что в семье было мало денег, из-за этого не имел нужного количества школьных принадлежностей, подвергался насмешкам одноклассников. Признает, что учиться было трудно, не всегда справлялся. Несколько лет ничем не занимался, «гулял». Более нигде не учился. С 16 лет работал на неквалифицированных работах, затем получил специальность столяра, был продавцом. Сменил несколько мест работы, якобы везде справлялся, менял работу в поисках более высокой зарплаты. Женат, имеет маленького ребенка, живет с семьей жены, отношения с ее родителями конфликтные. По его словам, сам пришел в РВК для постановки на учет, иначе не мог найти работу, при приписке был признан здоровым. Не был призван в срок, так как уклонялся от службы, жил в это время по другому адресу. Два последних года начал играть на игровых автоматах, по его словам делал это почти ежедневно, несмотря на проигрыши. Нравился процесс игры, деньги занимал, сейчас имеет долг около 200000 тысяч рублей. Со слов жены, проигрывал зарплату, играл по несколько часов в день. Прекратил игру, когда жена была беременна, потом возобновил. Уносил из дома деньги, вещи, начал часто алкоголизироваться. За несколько месяцев до призыва в армию работать перестал, мотивируя тем, что «все равно всю зарплату проигрывал». Служить в армию пошел по своей инициативе, «чтобы уйти от всего этого», при этом имел в виду игровую зависимость, жизнь с тещей. Надеялся, что жена будет во время его службы получать пособие. В армии столкнулся с дедовщиной, пособие

вовремя не начислили. Тогда самовольно сбежал из воинской части. Находился дома, не работал. В связи с побегом было возбуждено уголовное дело. Жена характеризует мужа как спокойного, заботливого, однако, в последние 2 года он стал раздражительным, вспыльчивым, часто был в плохом настроении, угрожал суицидальными попытками. Сам пациент считает себя вспыльчивым, неуравновешенным, склонным к агрессивным реакциям. Обратился за психиатрической помощью в связи с плохим настроением и игрой на автоматах. Был госпитализирован на отделение неврозов.

При беседе с врачом вначале был напряжен, недоверчив, сказал, что вопросы ему не нравятся, потом стал отвечать немного более охотно. Словарный запас беден, затрудняется в описании своего душевного состояния, мотивов поведения. Некоторые вопросы не может понять, требуется повторять их в более простой формулировке. Круг интересов ограничен, не читает («не любит этого»), по телевизору смотрит только развлекательные передачи. Суждения поверхностны, инфантильны, всерьез не обеспокоен своей судьбой, перспективами семьи. Знает о возбуждении уголовного дела, не информирован точно о грозящем наказании, «наверное, пошлют в дисбат», не представляет, как будет там служить. К ситуации не достаточно критичен.

В отделении был конфликтен, вспыльчив, легко давал аффективные реакции на ситуации, которые ему не нравились.

По результатам психологического исследования выявлена личностная эмоциональная незрелость, черты эксплозивности, высокий уровень агрессивности. Интеллектуальный уровень соответствует низкой границе нормы.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача 2

Больная Г., 34 года.

Наследственность неотягощена. Мать характеризует больную изначально как спокойную, общительную, склонную к капризам и упрямую. Сама пациентка считает себя с детства замкнутой. Говорит о том, что в школе подвергалась насмешкам одноклассников, так как была толстой. С подросткового возраста появились припадки по типу абсансов, с 17 лет присоединились большие судорожные припадки. Был поставлен диагноз эпилепсии. Получила высшее образование, работала. Много лет находится на инвалидности по неврологическому заболеванию. Несколько лет работала уборщицей. Живет с родителями, своей семьи не создала. Получает противосудорожное лечение, по словам матери, последний припадок был 2 года назад. Была несколько лет членом общества больных «Новые возможности».

На протяжении 5 лет появилось сгибание тела влево при ходьбе, иногда «заплетаются» ноги. Чтобы удержать равновесие, ходит, изогнувшись вправо. Описывает самопроизвольное вращение головы. Считает это следствием противосудорожной терапии. По словам матери, стала раздражительной, бывают немотивированные перепады настроения. Госпитализирована в психиатрическую больницу (психотерапевтическое отделение) по собственной инициативе для подбора лекарств.

В отделении общительна. Ходит, вычурно изгибаясь, прихрамывает, опирается на палку. Иногда изогнутым концом палки тянет себя за шею. Отмечается капризность, упрямство и демонстративность в поведении.

Во время беседы охотно и много рассказывает о своей болезни. Говорит с удовольствием, стремится произвести впечатление. Рассказывает о своих необычных способностях (узнавание мыслей), о понимании процессов своего тела и сущности болезни. При этом от конкретных ответов уклоняется или приводит примитивные примеры. Продемонстрировала двигательные нарушения.

Сказала, что занимается зарядкой, бегают по утрам вокруг отделения, во время бега тело наклоняется меньше, чем при ходьбе.

Считает, что за последние годы она стала гораздо общительнее, превратилась в лидера, любит быть в центре внимания, «душа компании».

Планирует после выписки работать уборщицей, говорит, что ей нужно двигаться. Надеется на получении квартиры, стоит в очереди. Надеется выйти замуж и, возможно, родить ребенка. Настроение характеризует, как хорошее. Интеллект сохранен.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача 3

Больная Т., 16 лет.

Мать лишена родительских прав, сведений об отце нет. По данным медицинских документов известно, что родилась в срок, в детстве часто болела соматическими заболеваниями. Не справилась с программой массовой школы. Обследовалась в детском отделении психиатрической больницы, после чего была переведена в интернат для детей с умственной отсталостью, жила и обучалась там. С учебой справлялась удовлетворительно, вела себя правильно, была активна, занималась художественной самодеятельностью.

Год назад познакомилась с компанией молодых людей старше себя по возрасту, начала половую жизнь, стала выпивать, нюхала клей. Убегала из интерната, возвращали с помощью милиции. Стала дерзкой, грубой, легко возбудимой. По ее словам, полгода назад была избита на улице, теряла сознание, чувствовала тошноту и головокружение. В связи с нарушениями поведения была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении вела себя спокойно, соблюдала режим, была трудолюбива, послушна, помогала медицинскому персоналу. Просила врача о продлении стационарного лечения, явно не желала возвращаться в интернат. При беседе была спокойна, отвечала на вопросы быстро, обнаруживала достаточный словарный запас. Здроаво судила о житейских событиях. Свое отставание в начальных классах объясняла частыми болезнями, тем, что много лечилась в стационарах, пропускала занятия. Описывала затруднения в чтении, говорила, что ей трудно воспринимать слово целиком, призналась, что и сейчас трудно читать вслух, может пропускать и переставлять буквы. Рассказывала о том, что поддерживала контакт с родителями отца, которые хотели установить опеку над ней, но им отказали в связи с возрастом. Три месяца назад бабушка умерла, считала, что для нее это был «шок». Свои уходы из интерната объяснила тем, что жила у дедушки, помогала ему по хозяйству. Защищала свою компанию, говоря, что там хорошие люди, что они вместе играли, гуляли. Отрицала половую жизнь, ингаляции клея. Подтвердила, что выпивала в компании. В состоянии опьянения становилась злой и агрессивной. Признаков зависимости не выявилось. Конфликты в интернате отрицала, но говорила, что сейчас «налаживает» отношения с классным руководителем. В будущем планировала поступить в училище, получить специальность швеи. Также хотела поступать в вечернюю школу, учиться музыке. Себя не считала умственно отсталой. Сказала, что знает о диагнозе, что это не мешает ей жить. То, что учится в специализированном интернате, так же воспринимала спокойно, «я понимаю, что где-то надо получать образование».

По результатам психологического исследования выявлено замедление динамики психических процессов, затруднения концентрации и переключения внимания, ослабление памяти, невысокий уровень абстрагирования. Интеллектуальный уровень расценен, как снижение по типу социально-педагогической запущенности.

Невролог диагностировал резидуальную перинатальную энцефалопатию, легкие остаточные явления ЗЧМТ.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача 4

Больная Н., 47 лет.

Личность инфантильная, несамостоятельная, с чертами зависимости и демонстративности, чувствительная, принимающая все близко к сердцу. Любит находиться в центре внимания, «эмоциональный лидер». С детства отмечает прогрессирующее снижение зрения, которое особенно усилилось после начала работы бухгалтером. Профессию бухгалтера получила по инициативе матери, самой эта работа не нравилась. Сейчас инвалид 2 группы по нарушению зрения. Была замужем, брак распался по инициативе мужа, который оставил больную. Имеет взрослую дочь, которая живет отдельно своей семьей. Считает, что мать, женщина властная, «давила на нее», подчиняла своей воле. Впоследствии также «давил» и муж, отбирал у нее деньги, сам покупал еду. Сейчас и дочь также «давит» на нее. Пыталась устроить жизнь с другим мужчиной, но у него не сложились отношения с ее дочерью, поэтому она с ним рассталась. После этого стала очень религиозной, «пришла в церковь», на общественных началах помогает в работе воскресной школы, «нашла себя в этом». Два года опекает мальчика из неблагополучной семьи. Надеялась помочь ему, «сделать хорошим человеком», вкладывала в него душу. Приводила мальчика к себе домой, играла с ним, занималась. Родные больной были против ее занятий с мальчиком, пытались ее отговорить. В последнее время обстановка стала конфликтной, так как мама мальчика была настроена против больной, сама стала проводить с ним больше времени, познакомилась со своим сожителем. Больная очень переживала из-за этого, замечала, что мальчик как-то отдаляется от нее, вынужден лгать. На этом фоне в последние месяцы появилась тревога, пониженное настроение, пропал аппетит, хуже спала. Несколько раз возникали приступы с дрожью всего тела, особенно кистей рук. Обследовалась у неврологов, патологии не было найдено. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении поведение упорядоченное, в меру общительна с больными. Посещает реабилитационное отделение.

При беседе с врачом охотно разговаривает, чувствуется, что довольна вниманием. Манера держаться, разговаривать, интонации носят детский характер. Суждения инфантильны, незрелы. Сказала, что по субъективным ощущениям ей около 20 лет. Рассказывая о посещении ПРО, сообщает, что лепила там фигурки из глины: «ангела с крылышками, цыпляток, мальчика». Очень подробно, эмоционально окрашено рассказывает о своих взаимоотношениях с мальчиком и его семьей. О своих родственниках говорит с обидой, как о людях, не понимающих и давящих на нее. Считает, что все расстройства у нее связаны с переживаниями. Оценивает ситуацию таким образом, что она «взяла на себя слишком многое и не справилась». Просит о выписке домой, хочет поскорее вернуться к посещению церкви, занятиям с мальчиком.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

МОДУЛЬ: МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Нарушение пищевого поведения в форме нервной анорексии чаще требует дифференциального диагноза с расстройствами при:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) алкоголизме
- 2) маниакально-депрессивном психозе
- 3) шизофрении
- 4) эпилепсии

Задание #2

Вопрос:

Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) системная красная волчанка
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство
- 3) ишемическая болезнь сердца

Задание #3

Вопрос:

Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышимыми на расстоянии
- 2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
- 3) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют
- 4) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких

Задание #4

Вопрос:

Причинами невротического расстройства не являются:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) внутриличностный конфликт
- 2) аддиктивные расстройства
- 3) психотравмирующая ситуация
- 4) биологическая предрасположенность индивида

Задание #5

Вопрос:

Какой тип стресса наименее характерен для развития язвенной болезни?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) перемещение и переезды за пределы привычного жизненного пространства
- 2) переживание потери значимого объекта
- 3) ситуация ожидания
- 4) страх потерять работу, чье-то расположение, признание

Задание #6

Вопрос:

Хроническая психическая травма вызывает:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) невротическое расстройство
- 2) шизофрению
- 3) деменцию
- 4) эпилепсию

Задание #7

Вопрос:

Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) больных с обсессивно-фобическим расстройством
- 2) больных с депрессией
- 3) больных с нервной булимией

Задание #8

Вопрос:

Для конверсионных расстройств наименее характерен конфликт:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) между уровнем притязаний и уровнем возможностей
- 2) между потребностью проявить себя и отсутствием положительного подкрепления
- 3) между сексуальными потребностями и требованиями среды
- 4) между потребностью в независимости и зависимым положением

Задание #9

Вопрос:

К симптомам неврастения не относятся:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) раздражительность
- 2) быстрая утомляемость
- 3) устойчиво тоскливое настроение
- 4) расстройства настроения

Задание #10

Вопрос:

Для невротической депрессии характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) пессимистическое отношение не ограничивается зоной психо-травмирующей ситуации, наличие идей самообвинения
- 2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения
- 3) выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

Задание #11

Вопрос:

Признаком, позволяющим заподозрить аффективное расстройство, лежащее в основе потребления психоактивных веществ, является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) гедонистическая мотивация
- 2) групповая психическая зависимость
- 3) эйфория в момент приема
- 4) нерегулярный сезонный характер потребления веществ

Задание #12

Вопрос:

Больные с невротическим спазмом пищевода:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу
- 2) легче глотают твердую пищу
- 3) легче глотают жидкую пищу

Задание #13

Вопрос:

Из указанных препаратов к транквилизаторам относится:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) миансерин
- 2) диазепам
- 3) эглонил
- 4) прозак
- 5) тиоридазин

Задание #14

Вопрос:

Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения
- 2) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией
- 3) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с болезнью

Задание #15

Вопрос:

Для обсессивно-фобических расстройств характерны невротические конфликты между:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) потребностью в быстром достижении успеха и адекватными усилиями
- 2) желаниями и долгом
- 3) потребностью в независимости и зависимым положением
- 4) потребностью достижения успеха в различных областях жизни и невозможностью совместить эти потребности

Задание #16

Вопрос:

Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) с дисморфоманией
- 2) с дисморфофобией
- 3) с арахнофобией

Задание #17

Вопрос:

Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) между желаниями и долгом
- 2) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями
- 3) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе

Задание #18

Вопрос:

Как соотносятся понятия «механизмы совладания» и «механизмы психологической защиты»?

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) понятия близки по своему содержанию, их отличие в параметре активности /конструктивность/ - пассивности /неконструктивность/
- 2) понятия являются синонимами, совпадающими по значению друг с другом
- 3) диаметрально противоположные и исключают друг друга

Задание #19

Вопрос:

Холинолитический синдром включает в себя следующие нарушения, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) повышенной температуры тела
- 2) делирия с дезориентировкой
- 3) ажитации
- 4) мидриаза
- 5) потливости

Задание #20

Вопрос:

Для больных неврастений не характерно:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) перекладывание ответственности за свои проблемы на окружающих
- 2) завышенная самооценка
- 3) превышение требований к себе над личными ресурсами

Ответы:

- 1) ответы: 3;
- 2) Верные ответы: 3;
- 3) Верные ответы: 3;
- 3) Верные ответы: 3;
- 5) Верные ответы: 3;
- 6) Верные ответы: 1;
- 7) Верные ответы: 3;
- 8) Верные ответы: 4;
- 9) Верные ответы: 3;
- 10) Верные ответы: 3;
- 11) Верные ответы: 4;
- 12) Верные ответы: 2;
- 13) Верные ответы: 2;
- 14) Верные ответы: 1;
- 15) Верные ответы: 2;
- 16) Верные ответы: 1;
- 17) Верные ответы: 2;
- 18) Верные ответы: 1;
- 19) Верные ответы: 5;
- 20) Верные ответы: 1;

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной Я., 31 года, безработный. Наследственность не отягощена. Единственный ребёнок в семье. Живёт с родителями и бабушкой. Рос и развивался правильно. Посещал детские дошкольные учреждения, плохо привыкал, плакал, просился домой. В школе учился хорошо по гуманитарным дисциплинам, точные науки давались хуже, боялся «этих уроков», нередко заболел перед контрольными. Отношения со сверстниками складывались неровно, часто подвергался насмешкам, не мог постоять за себя, панически боялся драк и физической боли. Был боязливым, необщительным, мнительным. В то же время в глубине души сверстников презирал за отсутствие душевной тонкости, приземлённость интересов, грубость. С подросткового возраста стал сочинять стихи, маленькие рассказы, никому их не показывал, так как боялся оценки, мечтал о карьере журналиста, представлял, как будет писать «обличительные» статьи, выводить на чистую воду «пороки и мерзость окружающих», в воображении рисовал картины своего триумфа, популярности, славы. Поступил учиться на филологическое отделение университета. В группе чувствовал себя крайне неуверенно, напряжённо, не мог общаться. Обращался к другим студентам только в случае крайней необходимости. Учиться начал «с жаром», но скоро обнаружил, что преподаватели не оценивают в полной мере его способности, занижают оценки, придираются. Быстро сник, появились задолженности, стал пропускать занятия. В это же время много продолжал писать «в стол». Стеснялся знакомиться с девушками. Из-за робости и боязливости не мог подойти первым, сами девушки к нему интереса не проявляли. Очень переживал из-за этого, чувствовал свою ущербность, в то же время считал, что современные девушки, «грубые, бесчувственные, меркантильные», не способны оценить тонкость его натуры.

Часто жаловался на слабость, головные боли, нарушения сна, колебания настроения. В связи с этим несколько раз лечился в психиатрической больнице на отделении невротозов. После выписки обычно лечение принимал нерегулярно, врача посещал изредка. В последствии из института был отчислен. Не учился, не работал. Изредка писал в газеты небольшие заметки «философски-злободневного содержания». Почти ничего не зарабатывал. С одной из газет порвал отношения из-за непринятия линии газеты. Жил дома с родителями, относился к ним тепло, сопереживал их неприятностям и проблемам. С девушками знакомился по объявлениям в газете, переписывался, лично встречаться боялся. Был увлечён дочерью семьи врачей Р., которые жили в соседнем доме, она приветливо с ним здоровалась, когда попытался с ней заговорить, она засмеялась, понял. Что он ей не интересен. Нашёл общение в литературном кружке «эзотерического направления». Выступал там с сообщениями, в кружок входили в основном женщины, общался с ними как с «коллегами-единомышленниками».

Незадолго до поступления в психиатрическую больницу отец больного потерял работу, а матери долго не выплачивали зарплату. Очень переживал за них. Однажды услышал по радио выступление врача Р., которое ему не понравилось, задело своей «амбициозностью», почувствовал ненависть к Р, «которые хорошо живут, купаются в деньгах», тогда как родители больного бедствуют, неудачники. Несколько раз видел дочь Р. в окне напротив, когда она переодевалась, не задёрнув занавески. Вспомнил, что когда-то она «отвергла» его, решил, что теперь она специально издевается над ним, устраивает «сексуальные провокации». Написал несколько писем Р. с угрозами и требованием «убраться из их района». В связи с таким поведением был повторно госпитализирован. В стационаре охотно рассказывал о своём состоянии, старался поразить врача своей эрудицией, мышление резонёрское с элементами паралогии. Согласился с тем, что написал Р. «идиотское письмо», но оправдывает себя тем, что он человек «особого склада, впечатлительный», а Р. «взяла в своём выступлении антимедицинский уклон», чем «задела его обострённое восприятие в момент душевного отчаяния». Сказал, что он вообще любит всем писать, это легче, чем общаться. Память, интеллект сохранены. Манерен, внешние проявления эмоций обеднены. В отделении подчеркнута вежлив и корректен.

Соматически здоров.

В неврологическом статусе выявлены резидуальные явления родовой травмы и постгипоксической энцефалопатии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2

Больной М., 17 лет. Отец страдал шизофренией, мать с ним развелась, когда ребёнку было 1,5 года. Родился здоровым, развивался нормально. Воспитывался с участием отчима, рос старшим из 2-х детей. Посещал детский сад, был эмоциональным, подвижным, общительным. Учился посредственно, закончил 9 классов общеобразовательной школы. Был добросовестным, спокойным, уравновешенным, с одноклассниками складывались дружеские отношения. На критику реагировал адекватно, в драках не участвовал. Поступил в училище по специальности ювелир, но учебу прекратил. Большую часть времени проводит дома, помогает матери и сестре. В семье отношения хорошие. Алкоголь употребляет очень редко. Серьезных заболеваний, травм головы не было.

Когда мальчику было 15 лет, осенью вместе с семьей подвергся ограблению. При этом отчим получил ранение ножом в живот, мать после попыток была вынуждена отдать деньги, накопленные для покупки квартиры. Впоследствии семье угрожали убийством из-за ситуации опознания. Отчим после этого ушел из семьи. На этом фоне у больного понизилось настроение, испытывал тревогу, страх за свою жизнь и жизнь близких. Нарушился сон, аппетит, понизилась работоспособность.

Прекратил учебу в училище. В памяти навязчиво всплывали воспоминания о ситуации нападения, ранения отчима, угроз. Часто видел сны, в которых ему кто-то угрожал, был вынужден бежать, спасаться, прятаться, ложился спать с ножом или топором. Просыпался с сильным чувством страха, сердцебиением. К лету переживания стали ослабевать, чувствовал себя спокойно. Но с наступлением осени состояние вновь ухудшилось, усилились страхи, тревога, нарушения сна. Лечился в отделении неврозов, был выписан в хорошем состоянии. Иногда ближе к вечеру возникало чувство тревоги, возникали кошмарные сновидения. Через несколько месяцев на фоне возобновившегося уголовного дела тревога усилилась. Стал более раздражителен, обидчив, мнителен. Был повторно госпитализирован.

При поступлении охотно беседовал, при затрагивании ситуации ограбления становился тревожным, появлялись вегетативные реакции. Ухудшение состояния связывал с возобновлением уголовного дела, возобновившимися угрозами со стороны нападавших. Подтвердил, что «переживания травмы сохраняются», что часто вспоминается и снится случившееся.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3

Больной Т., 37 лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца. Рос и развивался правильно. Окончил среднюю школу, учился хорошо, поступил в военное училище, впоследствии много лет служил в воинской части, имел звание майора. Женат, двое детей, отношения в семье спокойные. Алкоголь употреблял в праздники и выходные дни. Был спокойным, старательным, не любил конфликтовать, придавал серьезное значение мнению о себе окружающих. Взысканий по службе не имел. 3 года назад при проверке пистолета- ракетницы случайным выстрелом убил мальчика на территории части. Было возбуждено уголовное дело, родные пострадавшего требовали серьезную материальную компенсацию. Тяжело переживал случившееся, хотя виновным себя не считал. Стал плохо спать, пропал аппетит, нервничал, отмечались колебания артериального давления, Появилась неуверенность, тревожность, замечал, что сослуживцы смотрят на него и сочувственно и неуважительно одновременно. От службы на время расследования был отстранен. Находился на лечении в отделении неврозов, после выписки стал немного спокойнее, но сохранялась повышенная тревожность, чувство внутреннего напряжения, настроение легко менялось в зависимости от ситуации, Из армии был комиссован. Был даже рад этому обстоятельству, так как отношения с сослуживцами начали его тяготить, «все время как невидимая черта между мной и ими». Работал мастером по ремонту телефонного оборудования, с работой справлялся, но давалось это с напряжением, нервничал, часто испытывал неуверенность, обостренно воспринимал любые замечания по работе. Сон был беспокойным, с частыми пробуждениями. В последующие годы произошло несколько серьезных для больного событий: болела жена, затем в семье несколько месяцев до своей смерти жила требовавшая постоянно ухода теща, Эти обстоятельства приводили к тому, что усиливалась тревога, напряжение, беспокоили колебания артериального давления, боли в сердце. В эти периоды обостренно воспринимал отношение к себе окружающих, казалось, что его не уважают, не ценят. Возрастала неуверенность в себе, становился растерянным на работе, нервничал, переставал справляться с делами, еще трижды госпитализировался в отделение неврозов, после лечения состояние улучшалось, но повышенный уровень тревожности, неуверенность сохранялись.

Во время последнего поступления беспокоен, с плачущими интонациями в голосе рассказывает о своем состоянии, говорит, что ему стыдно перед мед.персоналом, «думают, что я не

могу справиться с собой». Несколько ипохондричен, описывает чувство, «как будто вдохнул, а выдохнуть не могу». Настроение снижено, плохо спит.

В процессе лечения стал спокойнее, наладился сон, улучшилось настроение, помогал в хозяйственных делах на отделении. Перед выпиской волновался, говорил врачу, что не знает, как будет справляться дома.

В соматическом статусе язва 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 4

Больной С., 28 лет.

С раннего детства отличался чувствительностью, ранимостью, робостью, неуверенностью. Был тревожно-мнительным, боязливым, неуравновешенным, нервным. Всегда имело большое значение мнение о нем окружающих. Начиная с детского сада плохо адаптировался в детских коллективах. Везде подвергался насмешкам и издевательствам со стороны сверстников. С детства не мог есть в присутствии чужих людей, ходить в туалет в общественных местах. С подросткового возраста начал полнеть, стеснялся этого. Всегда стеснялся девочек, не решался познакомиться с ними и заговорить. Близкого общения и сексуального опыта с девушками не имел, хотя девушки его интересовали.

Во время учебы в лицее однокурсники стали говорить, что, если он не встречается с девушками, значит у него гомосексуальная ориентация. Очень переживал по этому поводу, лицей из-за этого оставил. Поработал в строительной бригаде с взрослыми мужчинами, там чувствовал себя лучше. Однако по дороге на работу встречал девушек из своего района, они с ним заигрывали, общаться с ними не решался и стал бояться, что они также его посчитают гомосексуалистом, и уволился. Около 3-х лет сидел дома, там чувствовал себя в большей безопасности. В январе этого года встретил знакомых ребят, они опять над ним посмеялись. После этого стали развиваться мысли о собственной неполноценности. Стал считать, что его половой член меньших размеров, чем у других мужчин. Поэтому перестал ходить в баню. Начал с ненавистью относиться к другим мужчинам, старшему брату, так как у них половой орган был больше, чем у него. По этой причине не мог видеть изображений обнаженного мужского тела. Выключал телевизор, когда были передачи о гомосексуалистах. Настроение было сниженным. Боялся, что окружающие замечают его неполноценность, на улице подсмеиваются. Из дома совсем не выходил. Начал думать, что поэтому окружающие заинтересуются, что он делает, сидя постоянно дома, начнут подсматривать, поэтому закрывал и занавешивал окна. Испытывал неприятные ощущения в половых органах, копчике и заднем проходе. Появились мысли о возможности венерического заболевания. Думал, что мог иметь интимную связь с женщиной и забыть об этом. Стал прикрывать подушкой свои половые органы, чтобы самому их не видеть. После этого был госпитализирован.

В отделении при поступлении испытывал резкую тревогу, боялся находиться среди больных, требовал особых условий для себя. Отказывался есть в столовой, ходить в общий туалет. Довольно быстро на фоне лечения нейрорептиками симптоматика купировалась. Стал более упорядочен, адаптировался в отделении, начал общаться со сверстниками, выровнялось настроение.

При беседе приветлив, доброжелателен, охотно рассказывает о себе и своих переживаниях. Хотя при описании болезненных расстройств смущается, краснеет, пытается некоторые подробности утаить.

Сейчас свое состояние оценивает с критикой, считает ряд своих действий «глупостью», критично оценивает особенности своего характера. Настроение хорошее. Планирует в дальнейшем встречаться с девушками, при этом рассчитывает, что его познакомит мама.

Невролог диагностирует гипоталамический синдром на фоне ММД.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: НЕОТЛОЖНАЯ НАРКОЛОГИЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Терапевтическая резистентность к психотропным средствам бывает следующей, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) в связи с комплаентностью
- 2) отрицательной (интолерантность)
- 3) псевдорезистентной
- 4) истинной (первичной)
- 5) вторичной

Задание #2

Вопрос:

Флюанксол оказывает антидепрессивное, анксиолитическое и активирующее действие в следующих дозировках

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) до 3 мг
- 2) 20 -40 мг
- 3) 5 - 20 мг
- 4) 40 - 100 мг
- 5) свыше 100 мг

Задание #3

Вопрос:

Спектр психотропной активности аминазина включает

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) антигаллюцинаторное действие
- 2) элективное антипсихотическое действие
- 3) седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)

Задание #4

Вопрос:

Закатывание глаз, кривошея, тонические судороги характерны при использовании:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Галоперидола
- 2) Барбамила
- 3) Амитриптиллина.
- 4) Тегретола.

Задание #5

Вопрос:

Нейролептический синдром проявляется

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Тошнотой и рвотой
- 2) Тремором и скованностью
- 3) Кожной анестезией
- 4) Парезами и параличами

Задание #6

Вопрос:

Клиническими показаниями к назначению ноотропила (пирацетама) являются все перечисленные, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) неэндогенных депрессий разного генеза с адинамией
- 2) олигофрении
- 3) атрофических заболеваний
- 4) ночного энуреза функционального и органического генеза
- 5) психомоторного возбуждения в нейрохирургии

Задание #7

Вопрос:

Побочные действия и осложнения при лечении большими дозами радедорма включают все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) атаксии
- 2) делириозной симптоматики
- 3) дневной сонливости
- 4) вялости
- 5) головокружения

Задание #8

Вопрос:

Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) анестетической депрессии
- 2) адинамической депрессии
- 3) заторможенной депрессии
- 4) невротической депрессии
- 5) апатической депрессии

Задание #9

Вопрос:

Нейролептик, проявляющий активность в отношении депрессивных симптомов при шизофрении

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) аминазин
- 2) трифтазин
- 3) галоперидол
- 4) оланзапин
- 5) мажептил

Задание #10

Вопрос:

Побочные действия и осложнения при лечении большими дозами радедорма включают все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вялости
- 2) атаксии
- 3) дневной сонливости
- 4) головокружения
- 5) делириозной симптоматики

Задание #11

Вопрос:

Основной эффект антидепрессантов появляется обычно через 2-3.....после начала лечения

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Часа
- 2) Недели
- 3) Дня
- 4) Месяца
- 5) Года

Задание #12

Вопрос:

Для профилактической терапии биполярных аффективных расстройств предпочтение отдается

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) ноотропам
- 2) нормотимикам
- 3) нейролептикам
- 4) транквилизаторам
- 5) антидепрессантам

Задание #13

Вопрос:

Атипичные нейролептики имеют следующие преимущества, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) улучшения когнитивных функций
- 2) эффективности при негативных расстройствах
- 3) минимальной выраженности побочных эффектов

- 4) быстрого купирования возбуждения
- 5) облегчения комплайенса

Задание #14

Вопрос:

Пирацетам показан при следующих состояниях, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) судорожного синдрома
- 2) депрессий
- 3) зависимостей от ПАВ
- 4) астении
- 5) когнитивных нарушений

Задание #15

Вопрос:

Эглонил показан при лечении всех перечисленных расстройств, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вегетативно-дистонических
- 2) депрессивных
- 3) параноидных
- 4) соматоформных
- 5) невротических

Задание #16

Вопрос:

Атипичные нейролептики показаны при лечении следующих состояний, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) непереносимости классических нейролептиков из-за побочных эффектов
- 2) плохого качества ремиссии на фоне терапии классическими нейролептиками
- 3) стойких нарушений сна
- 4) впервые развившегося психоза
- 5) резистентности к классическим нейролептикам

Задание #17

Вопрос:

К профилактическим средствам расстройств настроения относится:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Карбонат лития.
- 2) Амитриптилин.
- 3) Золофт.
- 4) Ноотропил.

Задание #18

Вопрос:

Нейролептический синдром характеризуется:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Неусидчивостью.

- 2) Депрессией.
- 3) Все перечисленное.
- 4) Плаксивостью.

Задание #19

Вопрос:

Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами ___ психотропных средств, могут вызывать все перечисленные расстройства, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) сосудистых
- 2) неврологических
- 3) вегетативных
- 4) психических
- 5) соматических

Задание #20

Вопрос:

Азафен показан при лечении

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) тяжелых депрессий с бредом
- 2) тяжелых депрессий
- 3) депрессий средней тяжести

Задание #21

Вопрос:

К новым антидепрессантам относятся все, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Золофта.
- 2) Рисполепта.
- 3) Иксела
- 4) Стимулотона
- 5) Паксила.

Задание #22

Вопрос:

Показателем к применению коаксила является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) невротические состояния
- 2) легкий депрессивный эпизод
- 3) ипохондрия
- 4) все перечисленное

Задание #23

Вопрос:

Спектр психотропной активности деканоата-галоперидола включает

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) избирательное действие на галлюцинаторную симптоматику

- 2) значительное общее антипсихотическое действие
- 3) верно все перечисленное
- 4) избирательное действие на бредовую симптоматику

Задание #24

Вопрос:

Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) анестетической депрессии
- 2) апатической депрессии
- 3) заторможенной депрессии
- 4) адинамической депрессии
- 5) невротической депрессии

Задание #25

Вопрос:

В качестве корректоров при психофармакотерапии могут применяться все перечисленные препараты, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) кофеина
- 2) аминазина, тизерцина
- 3) тиоридазина
- 4) малых транквилизаторов (элениум, седуксен)
- 5) галоперидола

Ответы:

- 1) Верные ответы: 1;
- 2) Верные ответы: 1;
- 3) Верные ответы: 3;
- 4) Верные ответы: 1;
- 5) Верные ответы: 2;
- 6) Верные ответы: 4;
- 7) Верные ответы: 2;
- 8) Верные ответы: 4;
- 9) Верные ответы: 4;
- 10) Верные ответы: 2;
- 11) Верные ответы: 2;
- 12) Верные ответы: 2;
- 13) Верные ответы: 4;
- 14) Верные ответы: 1;
- 15) Верные ответы: 3;
- 16) Верные ответы: 3;
- 17) Верные ответы: 1;
- 18) Верные ответы: 1;
- 19) Верные ответы: 1;
- 20) Верные ответы: 3;
- 21) Верные ответы: 2;
- 22) Верные ответы: 4;
- 23) Верные ответы: 3;
- 24) Верные ответы: 5;

25) Верные ответы: 5;

Ситуационные задачи

№1

Вызвана бригада СМП на дом к больному К., 40 лет. Со слов родственников состояние больного изменилось в течение 1 часа. Он стал возбужден, двигается хаотично по комнате, произносит отдельные слова, размахивает руками. При осмотре: больной усажен на стул, контакту не доступен, вертит головой, ощупывает себя. Отмечается сухость кожных покровов, зрачки расширены.

Дополнительные сведения от родственников. Больной недавно выписан из психиатрической больницы, где лечился по поводу шизофрении. Рекомендован прием галоперидола по 15 мг 3 раза в день, циклодол по 200 мг 3 раза в день. В последние два дня больной жаловался на неусидчивость, скованность в суставах. Повышение дозировки циклодола до 400 мг 3 раза в день не дало значительного улучшения.

Дополнительные сведения. При осмотре комнаты больного на тумбочке обнаружена пустая упаковка из-под циклодола. Со слов родственников утром в ней было 10 таблеток.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

№2

Дежурный врач психиатрической больницы вечером срочно вызван на отделение. Со слов дежурной медсестры больной С., 35 лет около 5 минут назад стал постепенно «отключаться», в настоящее время на попытку его разбудить не реагирует. При осмотре: больной лежит в постели, контакту недоступен, пульс слабого наполнения, 60 в 1 минуту, артериальное давление 60/30 мм рт. ст., дыхание прерывистое, температура 38,2 С.

Дополнительные сведения. Из истории болезни. Больной поступил 28 дней назад с диагнозом: Шизоаффективный психоз. Депрессивно-параноидный синдром. Госпитализирован после суицидальной попытки: пытался повеситься, но помешала мать. Назначено: галоперидол, амитриптилин (парэнтерально) и циклодол, в последние две недели состояние больного несколько улучшилось, он был переведен на второй режим и препараты назначены в таблетированной форме.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

№3

Бригада СМП вызвана на дом в связи с попыткой суицида. На момент приезда бригады СМП: больной Н., 20 лет, находится в постели. На шее странгуляционная борозда. Контакт плохо доступен, на вопросы отвечает односложно с задержкой. Из рта легкий запах алкоголя. Со слов родственников: около 15 минут назад совершил попытку самоповешения, но своевременно был снят с петли отцом, сознание терял кратковременно.

Дополнительные сведения. Родственники сообщили, что по характеру больной обидчивый, эмоционально неуравновешенный. Недавно произошла ссора с любимой девушкой, на которой он хотел жениться, но она его покинула. В течение нескольких дней понизилось настроение, замкнулся, говорил, что не хочет жить, а сегодня совершил попытку суицида.

Соматическое состояние: пульс 80, хорошего наполнения, АД 150/90, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Телесных повреждений, кроме странгуляционной борозды, нет.

За время нахождения бригады СМП у постели больного он стал вступать в контакт. Сообщил, что разрыв с любимой девушкой был для него неожиданностью, пытался с ней поговорить, но она прислала ему СМС: «Мы расстаемся. Без вариантов». После этого «впал в отчаяние», жизнь потеряла смысл, решил покончить с собой. Перед суицидом «для храбрости» выпил 100 г водки. **Дополнительные сведения.** Больной после уговоров согласился на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

№ 4

Бригада СМП вызвана на дом. Со слов родственников больной К., 28 лет, 30 минут назад порезал себе вены в локтевом сгибе. Перед этим был возбужден, занавешивал окна шторами, хотя был ясный день. Больной был обнаружен вскоре после совершенного самопораза, потеря крови составила около 200 мл. Родственники наложили жгут на руку и повязку на место пореза. **Беседа с больным:** контакту плохо доступен, смотрит на врача недоверчиво, говорит, что «они все равно с ним расправятся» и лучше умереть самому. Временами к чему-то прислушивается.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-1, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Внутренняя картина болезни - это понятие

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) социально-психологическое
- 2) психологическое
- 3) социальное
- 4) клиническое

Задание #2

Вопрос:

У потребление подростками слабоалкогольных напитков ведет к следующему:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) дольше сохраняется личность
- 2) уменьшается суммарная доза потребляемого алкоголя в расчете на абсолютный спирт.
- 3) увеличивается суммарная доза потребляемого алкоголя в расчете на абсолютный спирт.

Задание #3

Вопрос:

Для подросткового алкоголизма характерно все кроме:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) начало приобщения к слабоалкогольным напиткам
- 2) обращение за помощью на второй стадии зависимости
- 3) быстрое формирование зависимости

Задание #4

Вопрос:

При зависимостях ведущим видом лечения является терапия:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) психотерапия;
- 2) иглотерапия.
- 3) нейролептиками;
- 4) транквилизаторами;
- 5) антидепрессантами;

Задание #5

Вопрос:

Развитие соматических заболеваний обусловлено:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) наследственной предрасположенностью
- 2) все верно
- 3) психологическими факторами
- 4) вредными экзогенными воздействиями

Задание #6

Вопрос:

Появлению чувства неполноценности особенно сильно способствуют (А. Адлер)

Выберите несколько из 4 вариантов ответа:

- 1) физические недостатки у детей, воспринимающих их как жизненные трудности
- 2) выраженная взрослость и самостоятельность ребенка
- 3) упорство и терпеливость ребенка
- 4) изнеженность в детстве, побуждающая видеть повсюду врагов

Задание #7

Вопрос:

Безусловная любовь родителей к ребенку означает

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) желание вырастить из ребенка хорошего человека
- 2) признание его лучшим среди других детей
- 3) любовь к ребенку независимо от его качеств и поступков

Задание #8

Вопрос:

Для теории объектных отношений характерен поиск:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) объекта;
- 2) конфронтации;
- 3) объекта и его любви.
- 4) влечения;
- 5) удовлетворения;

Задание #9

Вопрос:

С какого возраста человек может самостоятельно обратиться на прием к психиатру:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с 14 лет
- 2) с 16 лет
- 3) с 21 года
- 4) с 15 лет
- 5) с 18 лет

Задание #10

Вопрос:

Тестирование детей и подростков на употребление наркотиков возможно

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) с их согласия
- 2) по указанию департамента здравоохранения
- 3) в возрасте до 15 лет с согласия родителей или законных представителей

Задание #11

Вопрос:

Зависимость, связанная с употреблением фенозепама классифицируется как

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) наркомания
- 2) ни то и ни другое
- 3) токсикомания
- 4) расстройство поведения
- 5) решается индивидуально в каждом случае

Задание #12

Вопрос:

К числу индивидуальных факторов риска приобщения подростка к ПАВ относится (найдите наиболее точный ответ) ___ а) неблагоприятная наследственность, органическое поражение головного мозга, личностная патология

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) то же + пубертатный криз
- 2) то же + доступность ПАВ
- 3) то же + отсутствие одного из родителей
- 4) то же + давление среды

Задание #13

Вопрос:

Развитие психосоматических расстройств объясняется следующими теориями, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) символического языка органов
- 2) аутоиммунной интоксикации
- 3) теории стресса Г. Селье
- 4) объектных отношений
- 5) специфичности интрапсихического конфликта

Задание #14

Вопрос:

Стресс (по Г.Селье) - это

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) вид дистресса
- 2) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 3) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессом
- 4) все перечисленное
- 5) нервное вредоносное напряжение

Задание #15

Вопрос:

Алекситимия - это проявление:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) застенчивости
- 2) патологии запоминания
- 3) интеллектуальной недостаточности
- 4) психологической защиты в связи с чрезмерными негативными эмоциональными переживаниями
- 5) патологии речевого аппарата

Задание #16

Вопрос:

Безусловная любовь к себе означает

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) восхищение собой
- 2) постоянное стремление к совершенству.
- 3) Умение отстаивать свои права
- 4) принятие себя
- 5) сознание своей абсолютной правоты

Задание #17

Вопрос:

Главными целями лечения наркоманий являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) формирование, восстановление умения получать эмоциональные состояния от реальной жизни, а не искусственным, суррогатным способом.

- 2) формирование мотива к трезвенничеству;
- 3) адаптация больного к его среде на уровне трезвенничества;
- 4) формирование равнодушия и безразличия к состоянию опьянения;
- 5) низведение, дискредитации жизни в состоянии наркотических опьянений, ее обесценивание;

Задание #18

Вопрос:

При проведении психогигиенической работы необходимо учитывать следующие принципы, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) фактор жизни в селе или в городе.
- 2) состояние семьи, семейные отношения;
- 3) климатический фактор;
- 4) половые различия;
- 5) возрастной фактор;

Задание #19

Вопрос:

Аддиктивное поведение - это

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) донозологическая форма злоупотребления ПАВ или каким-либо видом деятельности, способным сформировать зависимость.
- 2) болезнь химической зависимости
- 3) болезнь нехимической зависимости

Задание #20

Вопрос:

Психологическая защита в психоанализе это все перечисленное, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) умение приспосабливаться к жизненным ситуациям;
- 2) защита для более успешной реализации либидозного инстинкта;
- 3) способность к сознательной регуляции эмоциональных переживаний.
- 4) бессознательная работа Эго на сохранение своего статуса;
- 5) защита от стрессогенных воздействий среды;

Ответы:

- 1) Верные ответы: 2;
- 2) Верные ответы: 3;
- 3) Верные ответы: 2;
- 4) Верные ответы: 1;
- 5) Верные ответы: 2;
- 6) Верные ответы: 1; 4;
- 7) Верные ответы: 3;
- 8) Верные ответы: 3;
- 9) Верные ответы: 4;
- 10) Верные ответы: 3;
- 11) Верные ответы: 3;
- 12) Верные ответы: 1;
- 13) Верные ответы: 2;
- 14) Верные ответы: 2;

- 15) Верные ответы: 4;
- 16) Верные ответы: 4;
- 17) Верные ответы: 1;
- 18) Верные ответы: 3;
- 19) Верные ответы: 1;
- 20) Верные ответы: 3;

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной С., 43-х лет.

Находился на стационарном обследовании и лечении в психиатрической больнице. Госпитализирован впервые. Отец злоупотреблял алкоголем. Больной закончил 8 классов общеобразовательной школы и ШРМ. Служил в армии, участник боевых действий в Афганистане. В армии перенес несколько ЧМТ с потерей сознания, но травмы нигде не фиксированы. Демобилизован на общих основаниях. После армии сменил много мест работы (в основном неквалифицированной), увольнялся сам в поисках большей зарплаты, или его увольняли в связи с нарушением трудовой дисциплины. Занимался неквалифицированной работой. В течение 5 лет был женат, разведен, имеет от брака дочь. В настоящее время проживает один, поддерживает отношения с семьей. По данным амбулаторной карты четыре года назад перенес ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. Дважды судим за кражи.

Много лет злоупотребляет алкоголем. Пьет водку, самогон, суррогаты. Наблюдаются длительные запои. Последние годы опохмеляется по утрам, так как испытывает дрожь, слабость, тошноту, головные боли. Около года стал хуже переносить алкоголь, пьет понемногу, но чаще в течение дня. Курит. Больным себя считает около десяти месяцев, когда появилась слабость, сильно похудел, начали отекать ноги. До этого в течение нескольких месяцев был запой (употреблял технический спирт). Длительно лечился у невролога по месту жительства, в том числе стационарно, устанавливался диагноз «Энцефаломиелополинейропатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая), нижний центральный паразез, легкий атаксический синдром». После выхода с больничного листа уволился с работы т.к. работать больше не мог и встал на учет в ЦЗН. Был направлен на МСЭК для установления группы инвалидности, в установлении группы было отказано. С жалобами на раздражительность, слабость, нарушения сна обратился к участковому психиатру, от которого злоупотребление алкоголем скрыл. Был направлен на госпитализацию в психиатрическую больницу.

При поступлении жаловался на частые головные боли, бессонницу, раздражительность, вспыльчивость. Находился в не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Отвечал по существу. Мышление несколько замедлено по темпу, с проявлениями ригидности, последовательное. Внимание неустойчиво, истощаемо. Во время беседы грубой патологии памяти, интеллекта не определяется. Настроение патологически не изменено. Психически больным себя не считал. Отрицал наличие зависимости от алкоголя. Уверял врача, что может контролировать свое влечение, что «все так пьют».

Во время пребывания в стационаре часто был эмоционально неустойчив, раздражителен, вспыльчив. Вступал в конфликты с соседями по палате.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2

Больной М., 54 г.

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически не отягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. В школе учился посредственно. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого

перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря, работал по специальности, одновременно окончил ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО, в Германии. После демобилизации работал водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 8 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла через несколько лет. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 6 лет назад. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В прошлом году больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив, собиравшийся на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. Месяц назад состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в психиатрическую больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении испытывал страх, говорил, что его могут убить.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось, стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжелой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Говорит, что два месяца назад за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию. Узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3

Больной Ц., 57 лет.

Поступил в психиатрическую больницу впервые по направлению СП, был задержан сотрудниками полиции на улице. Жалоб на состояние здоровья нет.

Анамнез со слов больного собрать в полном объеме не удастся.

Проживает один. Был единственным ребенком в семье. Рос здоровым. Закончил 10 классов общеобразовательной школы и Калининградское авиационное военное училище. Служил в армии, ушел в отставку в звании майора. В настоящее время не работает, на какие средства живет, неизвестно. Инвалидности нет. Был женат, есть дочь, проживающая в Уфе. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Были травмы головы, протекали ли они с потерей сознания, неизвестно, но по поводу их в стационарах не лечился. Припадки, снохождение, сноговорение, энурез отрицает.

Алкоголь употребляет часто – «выпить всегда люблю». Пьет водку, вино, самогон, боярышник, о толерантности сведений нет, в состоянии абстиненции – головная боль. Похмеляется. Имеет место утрата количественного контроля. Подтвердил длительные запои. Причину настоящей госпитализации объяснить не может.

За время пребывания в стационаре были получены сведения от двоюродной сестры больного, которая нашла его в больнице.

Родился недоношенным. Рос крепким, здоровым. Всегда занимался спортом, в том числе парашютным. Служил в авиационных войсках техником. Общий срок службы 16,5 лет, уволен за пьянство и драку. Был дважды женат, браки расторгнуты. Имеет дочь от первого брака, с ней никогда не общался. Работал в котельной слесарем. Не работает вообще лет 5-6. Пенсии нет. Проживает один. Родители умерли. После смерти отца остались деньги, на которые он жил. До последнего года жил самостоятельно, сам решал все проблемы. Травм головы, припадков никогда не было. Не судим.

До 22 лет алкоголь не употреблял вообще. Алкоголем злоупотребляет со времени военной службы. Пьет массивно, пил систематически, сначала с отцом, затем после его смерти один. Пил самогон и аптечные настойки. Напивался допьяна. Количественный контроль утрачен, похмеляется. У наркологов не лечился, отказывался. Два года назад на похоронах отца заметила пошатывание при ходьбе, неустойчивость. Проходил лечение у невропатолога с улучшением. Состояние ухудшилось около года. Появилась невнятность речи, неустойчивость при ходьбе. Стало отмечаться снижение памяти, невпопад отвечал на вопросы, перестал за собой следить, мылся и брился с принуждением, перестал готовить пищу. В доме всё разбил и мебель, и зеркало, сломал газовую колонку, разбил балконные окна, при этом отрицал, что сделал это сам. Постоянно ждал отца, говорил, что тот скоро придет. Деньги со сберегательной книжки снимала двоюродная сестра, в руки деньги не давала, покупала и приносила продукты, готовила пищу, платила за квартиру. Сам распоряжаться деньгами и самостоятельно решать бытовые проблемы не в состоянии. Перед поступлением двое суток не был дома, где он был, сестра не знает.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 4

Больной Я., 38 лет.

Поступил на стационарное лечение в наркологический диспансер по «Скорой помощи» в связи с неадекватным поведением.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался, со слов, соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 8-ми лет, дублировал 3-ий и 4-ый классы, со слов больного из-за прогулов занятий. Закончил 9 классов, больше не учился. Служил в армии, строительных войсках, демобилизован на общих основаниях. Далее работал в основном в Москве аппаратчиком приготовления лаков и эмалей, последние 3 месяца не работает. В течение жизни тяжёлых заболеваний и травм головы не переносил. Живет с гражданской женой 8 лет, детей не имеет. Привлекался к уголовной ответственности за попытку кражи, дело прекращено в связи с примирением сторон. Привлекался к административной ответственности за несоблюдение порядка регистрации, нарушения в области дорожного движения.

Много лет злоупотребляет алкоголем, пьет запоями по 2 недели, потом 1-2 месяца не выпивает. Все виды контроля утрачены, при обрыве алкоголизации испытывает дрожь в конечностях, кидает в жар, потливость в ладонях, нарушается сон, хочется опохмелиться, влечение к алкоголю компульсивное, рвотный рефлекс утрачен, были судороги, спит с кошмарными сновидениями. Когда больной трезвый, то спокойный, уравновешенный и добрый, когда выпивает, то становится очень возбужденным. Состоит 4 года на учете у нарколога по поводу алкогольной зависимости, на прием ходит нерегулярно, практически не принимает лекарства. В прошлом году был «закодирован» у знахарки, но затем, спустя 3 месяца возобновил прием алкоголя. Последний запой

в течение 2-х недель, после отмены алкоголя нарушился сон, появились страх и тревога, наблюдался эпилептический припадок, после которого появились слуховые и зрительные галлюцинации – «видел собак, кошек», слышал голоса угрожающего характера, дома был снят с окна. Был доставлен в наркологическое отделение, назначалось активное дезинтоксикационное лечение. Около полуночи, освободившись от мер стеснения, вышел из палаты и сказал, что пошел домой, искал какой-то пропуск. Зашел в комнату медсестер и, ничего не говоря, взял нож, в ходе задержания его санитаром нанес санитару несколько ударов ножом, о том, что он нанес ножевые ранения, узнал только на следующий день, вспомнить свои действия на тот момент не мог. Было заведено уголовное дело по ст.111, ч.1, следствием назначена амбулаторная СПЭ.

При беседе с врачом через три недели был моторно спокоен, упорядочен. В не помраченном сознании. В месте, времени и собственной личности ориентирован полностью, верно. К общению не стремится, отвечает только на вопросы, без особого желания. Мышление последовательное, по темпу несколько замедлено. Обманы чувств, активного бреда не продуцирует. Фон настроения несколько снижен с оттенком недовольства и раздражительности. Антисоциальных, суицидальных, агрессивных тенденций в поведении не прослеживается. Память, интеллект не нарушены. Критика к психотическим переживаниям формальная, «да, что-то там такое слышалось и показалось, но недолго». Зависимым от алкоголя себя не считает, «ну может быть пью чуть лишку». О совершенном правонарушении говорить отказывается, не хочет вспоминать. При этом уверен, что ему ничего не грозит, так как все совершил в болезненном состоянии, будущую экспертизу считает пустой формальностью.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

МОДУЛЬ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПАВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Для клиники зависимости от транквилизаторов бензодиазепинового ряда характерно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) отсутствие судорожных припадков.
- 2) менее brutальное интеллектуально-мнестическое снижение;
- 3) более медленное формирование основных симптомокомплексов;
- 4) значительная выраженность аффективных нарушений;
- 5) сходство с клиникой барбитуровой наркомании;

Задание #2

Вопрос:

При обследовании у злоупотребляющих летучими органическими соединениями обнаруживаются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) «разлаженность» моторики и тремор пальцев рук, век;
- 2) анемия, ускоренное СОЭ;
- 3) бледность лица с характерной синевой под глазами;

- 4) нистагм.
- 5) кайма раздражения слизистых и кожи вокруг ноздрей, в углах рта;

Задание #3

Вопрос:

Состояние острой интоксикации циклодолом характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) иллюзорно-галлюцинаторными обманами восприятия;
- 2) колебаниями АД, тахикардией;
- 3) мидриазом с ослаблением конвергенции;
- 4) сухостью слизистых, гиперемией кожных покровов;
- 5) отсутствием аффекта страха, недоумения.

Задание #4

Вопрос:

Состояние отмены при зависимости от транквилизаторов бензодиазепинового ряда проявляется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) горизонтальным нистагмом и мелкокоразмашистым тремором;
- 2) бессонницей, головными болями, тошнотой, отсутствием аппетита.
- 3) тахикардией и ортостатической гипотензией;
- 4) тревогой, неусидчивостью, подавленностью и злобой;
- 5) фибриллярными подергиваниями лицевой мускулатуры и мышц конечностей;

Задание #5

Вопрос:

Факторами высокого риска развития зависимости от ненаркотических ПАВ у больных алкогольной зависимостью являются:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) раннее начало систематического пьянства и/или короткая продолжительность этого этапа;
- 2) ускоренное формирование патологического влечения к алкоголю;
- 3) появление измененных форм состояний острой интоксикации еще на этапе систематического пьянства;
- 4) высокопрогредиентный темп течения алкоголизма.
- 5) преобладание в клинической картине состояния отмены психопатологических расстройств;

Задание #6

Вопрос:

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) задержки психического и физического развития
- 2) токсической энцефалопатии
- 3) грубого психопатоподобного поведения
- 4) некроза печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) стойкой мышечной гипертензии

Задание #7

Вопрос:

Клиника острой интоксикации галлюциногенами (психомиметиками) выражается

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) появлением зрительных и слуховых иллюзий, галлюцинаций
- 2) всем перечисленным
- 3) разнообразными эмоциональными нарушениями - эйфорией, тревогой, страхом
- 4) возникновением ощущения невероятно яркой окраски окружающих предметов, усиления громкости звуков
- 5) пассивным созерцанием или активными оборонительными действиями

Задание #8

Вопрос:

Характеристика толерантности при зависимости от транквилизаторов не включает:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) более быстрое развитие к миорелаксирующему и седативному эффектам;
- 2) так называемую «поведенческую» толерантность;
- 3) формирование в разные сроки к различным по основному эффекту бензодиазепинам;
- 4) более медленное развитие при мощной противотревожной активности;
- 5) явления перекрестной толерантности.

Задание #9

Вопрос:

Состояние отмены при зависимости от летучих органических соединений характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) раздражительностью, злобностью;
- 2) грубооразмашистым тремором пальцев рук, дрожанием век,
- 3) колебаниями АД и тахикардией, сердечной дизритмией,
- 4) гипергидрозом;
- 5) беспокойством, тревогой, тоской.

Задание #10

Вопрос:

Летучие органические соединения (средства бытовой и промышленной химии) имеют ряд общих качеств, к которым относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) преимущественное поражение ЦНС, сердца, печени и почек при злоупотреблении ими.
- 2) высокая наркотичность;
- 3) быстрая испаряемость;
- 4) высокая токсичность;
- 5) хорошая растворимость в жирах;

Ответы:

- 1) Верные ответы: 5;
- 2) Верные ответы: 4;
- 3) Верные ответы: 5;
- 4) Верные ответы: 2;
- 5) Верные ответы: 4;
- 6) Верные ответы: 5;
- 7) Верные ответы: 2;

- 8) Верные ответы: 2;
9) Верные ответы: 5;
10) Верные ответы: 1;

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной С., 17 лет

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Беременность, роды и раннее развитие протекали без особенностей. В детстве перенес эпидемический паротит. В общеобразовательной школе начал обучаться своевременно, учился удовлетворительно до 5-го класса, затем успеваемость снизилась. Примерно с 12 лет подросток познакомился с компанией подростков асоциального поведения; начал курить, употреблять алкогольные напитки, участвовал в кражах; с 14 лет состоял на учете в ИДН. С 15 лет практически ежедневно вдыхал пары клея "Момент", бензина, ацетона, при этом испытывал "приятные галлюцинации", в состоянии одурманивания испытывал подъем настроения, иногда становился агрессивным; в связи с этим был осмотрен районным наркологом. Со слов матери, у подростка к моменту осмотра отмечалось снижение памяти, нарушения сна. Спиртные напитки употреблял примерно 1-2 раза в месяц, до 250-300 гр. вина в день. Дублировал 5-й класс, с середины 9 класса не посещал школу. Был поставлен на диспансерный учет в ОНД. В последующем неоднократно доставлялся на прием к наркологу в связи с употреблением спиртного и одурманивающих веществ. Последний осмотр проводился месяц назад, отмечено, что больной не посещает занятия в школе, подрабатывает грузчиком на рынке; продолжает употреблять одурманивающие средства, установка на лечение отсутствует. 2 недели назад больной с группой лиц по предварительному сговору совершил хищение продовольственных товаров из коммерческой палатки. В ходе следствия он признал свою вину, сообщил, что в день совершения правонарушения он вместе с компанией сверстников решил ограбить коммерческую палатку, во время совершения кражи помогал выносить похищенное. В связи с тем, что больной находится на диспансерном учете в ОНД, была назначена судебно-психиатрическая экспертиза. При настоящем обследовании в психиатрическом стационаре установлено следующее. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Цель экспертизы понимает правильно, себя психически больным не считает. Эмоциональный фон снижен адекватно сложившейся ситуации. В беседу вступает охотно, держится свободно. Подробно рассказывает об употреблении одурманивающих веществ, образно описывает возникавшие "картинки"; утверждает, что 2 недели "ничего не вдыхал" и не общался с прежней компанией. Об употреблении спиртного рассказывает неохотно, сообщает, что плохо переносит спиртное, поэтому пьет редко, "стакан вина по праздникам"; наличие абстинентного синдрома, амнестических форм опьянения отрицает. Об инкриминируемом ему деянии рассказывает подробно, последовательно, в соответствии с данными ранее показаниями. Обеспокоен исходом дела, сожалеет о содеянном. Мышление, память не нарушены. Какой-либо психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) не выявлено. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации не нарушена. Подэкспертный ориентирован в практических ситуациях и основных социальных нормах поведения, обладает распространенными практическими навыками. Наряду с этим отмечают признаки возрастной личностной незрелости, эмоциональной неустойчивости, склонность к поверхностным суждениям и высказываниям, черты демонстративности в поведении, ориентация на нормы ближайшего социального окружения с легким усвоением социальных установок, пренебрежительным отношением к социальным нормам, невысокое чувство вины и ответственности за свои поступки.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача 2.

Больной К., 18 лет.

Родители злоупотребляют спиртными напитками. Родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок. Развивался соответственно возрасту, перенес детские инфекции и простудные заболевания в легкой форме. В школе начал обучаться с 8 лет, учился плохо, с трудом усваивал учебный материал, часто нарушал школьную дисциплину, конфликтовал с учителями, дрался с одноклассниками. Оставался на повторный год обучения в 1 и 5 классах. После 5 класса оставил учебу, непродолжительное время зарабатывал неквалифицированным трудом. В возрасте 16 лет осужден за кражу на 2 года лишения свободы условно с испытательным сроком на 3 года. С этого же времени он состоит на учете в ГППН ОВД. Со слов подэкспертного, В 15-летнем возрасте он в течение полугода вдыхал пары различных растворителей, при этом испытывал "токсическое опьянение", видел "мультики". С этого же возраста начал употреблять спиртные напитки, отмечались амнестические формы опьянения. Запой, похмельный синдром отрицает. Однократно доставлялся в ОВД в нетрезвом состоянии. Был обследован врачом-наркологом ОНД и взят на профилактическое наблюдение по поводу эпизодического злоупотребления алкоголем, проходил амбулаторное лечение. Однако, согласно справке из ОНД, на учете он не состоит. На учете в ПНД он так же не состоит.

В настоящее время К. обвиняется в том, что он по предварительному сговору, совместно с гражданином П. совершили кражу мороженого на общую сумму 578 898 рублей. В ходе следствия и судебных заседаний подэкспертный полностью признал свою вину в совершенном правонарушении, давал последовательные, подробные показания, которые не менял. Была назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

При настоящем обследовании подэкспертного в психиатрическом стационаре установлено следующее. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности, верно понимает цель проводимой ему экспертизы. Эмоциональный фон снижен адекватно сложившейся ситуации. Беседует неохотно, инициативы в беседе не проявляет. Речь несколько косноязычная, с нарушением произношения. На вопросы отвечает кратко, часто переспрашивает. Анамнестические сведения излагает не всегда последовательно, иногда затрудняется назвать даты важных событий своей жизни. Характеризует себя тихим, застенчивым, обидчивым, легко поддающимся под чужое влияние. Предъявляет жалобы на головные боли, головокружения при резком изменении положения тела. В отношении его алкоголизации сообщает, что в последние 2 года употребляет спиртное с частотой один-два раза в неделю. Отмечает у себя амнестические формы опьянения. Наличие абстинентного синдрома и запоев отрицает. Об инкриминируемом ему деянии рассказывает в плане ранее данных показаний, утверждает, что П. предложил ему совершить кражу, а он согласился на это, "не задумываясь". Мышление подэкспертного конкретного типа. Суждения поверхностные, в ряде случаев легковесные. Интеллектуальный уровень низкий. Какой-либо психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) у него не выявляется. Критические способности сохранены.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача 3.

Больной Ч., 23 года

Родился младшим ребенком в семье из 2-х детей. Раннее развитие без особенностей. В возрасте 7-ми лет начал обучение в общеобразовательной школе, учился удовлетворительно, без интереса, нравились история, география, увлекался футболом (учился в спортклассе). После окончания 10 классов работал на заводе токарем. В 18 лет был призван в армию, служил в войсках связи. Через 4 месяца возник конфликт с сослуживцами, был направлен на обследование в РКПБ N 1. Предъявлял жалобы на головную боль, раздражительность, бессонницу. Сообщал, что перед призывом в армию в течение нескольких месяцев по 2-3 раза в неделю вдыхал пары растворителя, бензина, красок, при этом "видел мультики в виде роботов"; на следующий день испытывал головную боль, слабость, разбитость. На работе часто конфликтовал с сослуживцами, после этого употреблял алкоголь, чтобы "снять напряжение". Рассказывал, что после призыва в армию у него не сложились отношения со старослужащими, которые избивали его, заставляли на себя работать; из-за этого убегал из части, вскрыл себе вены. Во время осмотра находился в ясном сознании, настроение было снижено. Сидел, опустив голову, говорил тихим голосом. Заявлял, что не может проходить службу в армии, так как "нервы не выдерживают" и может покончить с собой. Отмечена эмоциональная лабильность, нарушений мышления, памяти не выявлено. В отделении был в основном угрюмым, подавленным, бездеятельным, временами вступал в конфликты с окружающими, пытался вскрыть вены. Был признан негодным к военной службе по ст. 7 "б" приказа МО СССР N 260 от 1987 г. После возвращения домой работал строителем по найму. На учете у психиатра и нарколога не состоит Два месяца назад приехал в Москву в поисках работы. Как известно из материалов уголовного дела, подэкспертный, находясь в состоянии алкогольного опьянения, по предварительному сговору с двумя лицами совершил нападение с целью завладения личным имуществом граждан В., Б. и М., в ходе которого нанес кастетом удар В., продолжал избивать его ногами, причинив телесные повреждения. В ходе следствия подэкспертный давал противоречивые показания, сообщил, что вместе со своими приятелями решил кого-нибудь ограбить, с этой целью они напали на потерпевших и начали их избивать. Позднее признал свою вину частично, сообщил, что проходя мимо потерпевших, спутал одного из них с человеком, оскорбившим его ранее, поэтому, решив отомстить, напал на него. Заявил, что ничего у потерпевших не брал, напал из хулиганских повреждений. В судебном заседании, объясняя самооговор на предварительном следствии, подэкспертный заявил о том, что его избивали сотрудники полиции. Была назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

В ходе настоящего обследования в психиатрическом стационаре установлено следующее.. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Себя психически больным не считает, цель экспертизы понимает правильно. Фон настроения снижен адекватно сложившейся ситуации. Беседует охотно, сведения о себе сообщает подробно, последовательно. Отрицает анамнестические сведения из свидетельства о болезни, говорит, что там "все было написано, чтобы комиссовать", отрицает вдыхание паров бензина, растворителей. В отношении употребления алкоголя сообщает, что "пьет редко", один-два раза в неделю, заявляет, что пьет, в основном, водку, переносит алкоголь хорошо, может выпить до 0,5 бутылки, при этом чувствует себя хорошо, не опохмеляется. Утверждает, что пьет только "в компании друзей и по праздникам". Наличие запоев, амнестических форм опьянения отрицает. Подробно, последовательно рассказывает об инкриминируемом ему деянии. Сожалеет о случившемся, свое поведение объясняет тем, что "был пьян, поэтому обознался"; утверждает, что не хотел никого грабить. Запас общих знаний и представлений соответствует возрасту и полученному образованию. Мышление, память грубо не нарушены. Какой-либо психотической симптоматики (брёда, галлюцинаций и др.) не выявлено. Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации не нарушена, как и к своему состоянию и сложившейся ситуации сохранена.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 4

Больной Н., 17 лет.

Родился здоровым, рос послушным, покладистым, легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с «голосами знакомых». Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, не заинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейрорептики, ноотропы, сосудистые препараты. Под влиянием «голосов» совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит «голоса», которые приказывают «бегать голым по огороду», «голоса» стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «карать».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

МОДУЛЬ: РЕАБИЛИТАЦИЯ В НАРКОЛОГИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-8, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Личностно-восстановительные задачи при лечении больных психозами состоят из:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) учиться ораторским навыкам.
- 2) в эмоциональном способствовании тому, чтобы больной меньше осознавал свои психопатологические переживания, как болезненные;
- 3) найти общественно полезное занятие;
- 4) в повышении степени личностной зрелости пациента путем прививания ему чувства ответственности за свои поступки;

Задание #2

Вопрос:

Лечебная педагогика это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) разновидность когнитивной терапии.
- 2) разнообразные педагогические воздействия на больного ребёнка и подростка;
- 3) воздействие, идентичное рационально-эмотивной терапии Эллиса;
- 4) всё равно, что медицинская педагогика;
- 5) рациональная психотерапия детей и подростков;

Задание #3

Вопрос:

Важнейшим условием создания партнерских отношений с больным в процессе лечения является чувство:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Жалости
- 2) Снисхождения.
- 3) Уважения.
- 4) Покровительства.

Задание #4

Вопрос:

Что изучает реабилитология:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Использование специфических функциональных нагрузок
- 2) воздействие методов реабилитации на организм человека
- 3) Саногенетические механизмы восстановления организма
- 4) все перечисленное

Задание #5

Вопрос:

Какие мероприятия включает вторичная профилактика:

Выберите один из 2 вариантов ответа:

- 1) Лечение заболеваний в острой стадии
- 2) Профилактика осложнений и обострения заболеваний

Задание #6

Вопрос:

У больных с картиной шизофренического дефекта

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) действия таковы, как будто вероятностная структура их прошлого опыта в той или иной степени дезорганизована (тенденция к уравниванию вероятности) при формальной сохранности прошлого опыта
- 2) все перечисленное
- 3) нарушено использование вероятностной структуры прошлого опыта
- 4) действия менее результативны, чем действия здоровых, т.к. не помогает вероятностное прогнозирование
- 5) нарушено вероятностное прогнозирование

Задание #7

Вопрос:

Целями групповой психотерапии депрессивных больных является все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) создание у больных чувства принадлежности;
- 2) ощущение безопасности у больного;
- 3) изменение представление пациента об исключительности его заболевания;
- 4) снятие эндогенной симптоматики;
- 5) повышение самооценки.

Задание #8

Вопрос:

Терапия «занятостью» по добровольному выбору для больных эпилепсией включает все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) спортивные занятия
- 2) трудотерапия и рекомендации по выбору труда.
- 3) вечера отдыха;
- 4) занятия по способностям (музыка, литература, арт);
- 5) кружки домоводства, кройки и шитья;

Задание #9

Вопрос:

Сколько этапов реабилитации больных существует:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 4
- 5) 2

Задание #10

Вопрос:

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Оценка отдаленных результатов

- 2) Самооценка пациента
- 3) Комплексная оценка с включением критериев качества жизни
- 4) Экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
- 5) Этапная оценка нозоспецифических критериев

Задание #11

Вопрос:

В случаях затяжных депрессивных состояний следует выполнять все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) воздействовать на пациента реабилитационными мероприятиями;
- 2) проводить культуротерапию;
- 3) вовлекать в различные виды групповой деятельности;
- 4) использовать семейную психотерапию;
- 5) обязательное длительное лечение в психиатрическом стационаре

Задание #12

Вопрос:

В долгосрочной работе с больными эпилепсией используется все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) музыкальная терапия (МТ);
- 2) совместное участие в труде;
- 3) лечения больных в амбулаторных условиях
- 4) групповая психотерапия в гетерогенной группе;
- 5) фармакотерапия.

Задание #13

Вопрос:

Что не относится к основным принципам медицинской реабилитации:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Законченность (достижение выздоровления или максимально возможного улучшения)
- 2) Системность и запознность
- 3) Раннее начало
- 4) Государственность

Задание #14

Вопрос:

Общество анонимных алкоголиков предусматривает:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) основной механизм анонимных алкоголиков это спасать себе подобных и таким способом влиять на свое желание жить трезво;
- 2) на группе обсуждение «алкогольной судьбы» членов группы, опыта трезвой жизни, взаимная поддержка;
- 3) добровольные, самостоятельные сообщества больных без врачебного вмешательства в их работу;
- 4) прекратить контакты с больными алкоголизмом вне общества анонимных алкоголиков.
- 5) отрицание наличия болезни, форма алкоголизации - это стиль жизни;

Задание #15

Вопрос:

Анонимные алкоголики в своём лечении используют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) девятимесячный подход.
- 2) двенадцатишаговую программу;
- 3) шестишаговый рефрейминг;
- 4) двенадцать традиций;
- 5) тройной зажим;

Задание #16

Вопрос:

Анонимные алкоголики в своём лечении используют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) тройной зажим;
- 2) двенадцатишаговую программу;
- 3) шестишаговый рефрейминг;
- 4) девятимесячный подход.
- 5) двенадцать традиций;

Задание #17

Вопрос:

Что не относится к этапам реабилитации:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) Санаторно-курортный
- 2) Стационарный
- 3) Диспансерно-поликлинический
- 4) Профилактический

Задание #18

Вопрос:

От чего зависит комплайенс психически больных:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Доверие к врачу
- 2) Доверие к лекарству
- 3) Терапевтический альянс
- 4) Все перечисленное
- 5) Вера в положительный результат терапии

Задание #19

Вопрос:

Созависимость в семьях больных алкоголизмом проявляется в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) уклонении от конфликтов.
- 2) характерных личностных изменениях;
- 3) патологические двигательных стереотипах;
- 4) совместном распитии спиртного;
- 5) извлечении вторичных выгод из болезни;

Задание #20

Вопрос:

Эмоциональная экспрессия у родственников больных проявляется:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) Забота о больном
- 2) Критика и враждебность в отношении больного
- 3) Доверительные отношения с больным

Ответы:

- 1) Верные ответы: 4;
- 2) Верные ответы: 4;
- 3) Верные ответы: 3;
- 4) Верные ответы: 4;
- 5) Верные ответы: 2;
- 6) Верные ответы: 2;
- 7) Верные ответы: 2;
- 8) Верные ответы: 1;
- 9) Верные ответы: 2;
- 10) Верные ответы: 3;
- 11) Верные ответы: 5;
- 12) Верные ответы: 3;
- 13) Верные ответы: 4;
- 14) Верные ответы: 3;
- 15) Верные ответы: 2;
- 16) Верные ответы: 2;
- 17) Верные ответы: 4;
- 18) Верные ответы: 4;
- 19) Верные ответы: 5;
- 20) Верные ответы: 2;

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной З., 31 год

Наследственность отягощена - дядя и дед по линии матери страдали психическими расстройствами, диагноз не известен. Родился в срок. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно. С детства был малообщительным. Испытывал затруднения в контактах со сверстниками, в классе его считали «белой вороной». Изменения в характере появились приблизительно в 12 лет: усилилась замкнутость, стал холоден к окружающим, перестал справляться с учёбой. Подвергался насмешкам со стороны одноклассников, в связи с чем возникали суицидальные мысли, в это время появились навязчивые мысли «сделать что-то плохое в отношении окружающих», боролся с собой и никогда этих поступков не совершал, появились также страхи, что с ним или родственниками может случиться что-то страшное, боялся иметь дело с электроприборами, для облегчения страхов совершал ритуальные действия. Стал плохо справляться с учёбой, в связи с чем перешёл на обучение в ШРМ, одновременно учился на курсах на столяра. В армии не служил по болезни: ограничение в движении левой руки из-за повторных переломов в возрасте 4 и 8 лет. После окончания обучения на работу устроиться не смог, временами «калымил», настроение часто было пониженным, испытывал изменённость собственного «Я» и окружающего. Впервые находился на лечении в психиатрической больнице 7 лет назад, перед госпитализацией стали возникать мысли, что его состояние обусловлено посторонним воздействием. Был госпитализирован в данную больницу по инициативе районного психиатра. В отделении:

настроение понижено, описывает чувство своей измененности и измененности окружающего мира, путаницы мыслей, которую считает результатом воздействия.

При обследовании психологом выявлены структурные расстройства мышления. В процессе лечения (нейролептиками) состояние больного улучшилось, и он был отпущен в пробный отпуск, в это время он стал злоупотреблять алкоголем и на следующий день совершил суицидальную попытку - порезал себе шею, была оказана помощь в хирургическом отделении. Со слов больного он был консультирован психиатром, но не госпитализирован повторно. Даны рекомендации по амбулаторному лечению, в дальнейшем психиатра посещал нерегулярно. Имеющаяся у больного симптоматика сохранялась, в связи с пониженным настроением самостоятельно принимал amitriptyline или алкоголь, быстро росла толерантность (до 2л.), исчез рвотный рефлекс, однако, абстинентный синдром не сформировался. Длительное пьянство прерывалось, когда больной принимал антидепрессанты. Около года назад, на фоне злоупотребления алкоголем, но вне состояния опьянения пытался утопиться в реке, но не смог утонуть, сам выбрался на берег, окружающим объяснил это «несчастливым случаем». За прошедшее время больной так и не смог устроиться на постоянную работу, находился на иждивении родителей, иногда подрабатывал без оформления договора, данная госпитализация связана с решением вопроса о нетрудоспособности. В отделении малообщителен, пассивно подчиняем, свободное время проводит либо у телевизора, либо читает книги. Жалуется на навязчивые мысли и пониженное настроение, рассматривает своё состояние как болезненное, критически оценивает свои высказывания о возможном воздействии на него. Голос тихий монотонный, мимика бедная, планов на будущее нет. Считает себя нетрудоспособным.

Соматоневрологически: патологии не выявлено. При повторной консультации психолога выявлены аналогичные расстройства, что и при первой госпитализации.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №2

Больной М., 54 года

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически не отягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря. Работал по специальности, одновременно окончил ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО в Германии, получил специальность водителя. После демобилизации продолжал работать водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 7 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла 2 года назад. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л. водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 5 лет назад, когда стал сожительствовать с женщиной. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В октябре прошлого года больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры у него отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив, собирался на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. В конце декабря состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в данную больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти

на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении высказывал бредовые идеи преследования.

При обследовании психологом выявлено нарушение памяти преимущественно кратковременной и внимания, а также неустойчивость динамики психических процессов.

Невропатологом диагностирована энцефалопатия сложного генеза (токсического, дисциркуляторная).

Терапевтом выявлены: хронический бронхит, пневмосклероз, ДН.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось. Стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически обостряются бредовые идеи преследования, говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакту доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжелой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Высказывает бредовые идеи преследования: считает, что в декабре за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию, узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №3

Больная 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие её «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые попробовала внутривенно героин в 14 лет после смерти друга от передозировки, считала, что «с одного раза ничего не будет». Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической

больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию, которую возобновила через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №4

Больной Я., 13 лет.

Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города. Пробанд родился от внебрачной связи. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту.

Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны).

Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо. По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось снижением настроения, а также воспоминаниями и фантазиями на тему употребления ЛОВ.

Впервые был направлен к наркологами милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

Экспериментально-психологические исследования. Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Шмишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза.

При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

МОДУЛЬ: ОСНОВЫ АДДИКТОЛОГИИ

Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

Задание #1

Вопрос:

Санитарно-просветительская работа является направлением:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) педагогического воспитания
- 2) социального воспитания
- 3) правового воспитания
- 4) гигиенического воспитания
- 5) патриотического воспитания

Задание #2

Вопрос:

Психогигиеническая и психопрофилактическая работа в рамках лечебно-педагогических мероприятий с детьми и подростками предусматривает все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) участие врача и педагога в организации правильного режима школьника;
- 2) обучение родителей правильному педагогическому подходу к детям;
- 3) разъяснительную и обучающую работу с персоналом детских учреждений, школьными работниками;
- 4) коррекцию отношений родителей и педагогов к подросткам с учетом возрастных психологических особенностей;
- 5) развитие сети спортивных учреждений

Задание #3

Вопрос:

С какого возраста в среднем начинают курить в РФ?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) с 5 лет
- 2) с 8 лет
- 3) с 10 лет
- 4) с 13 лет
- 5) с 15 лет

Задание #4

Вопрос:

При проведении психогигиенической работы необходимо учитывать все перечисленное, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) возрастной фактор;
- 2) половые различия;
- 3) состояние семьи, семейные отношения;
- 4) климатический фактор;

5) фактор жизни в селе или в городе

Задание #5

Вопрос:

Комплекс стратегий ВОЗ по борьбе с табачной эпидемией включает:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Повышение налогов на табачные изделия;
- 2) Предупреждение об опасностях, связанных с курением табака;
- 3) Предложение помощи в целях прекращения употребления табака;
- 4) Защита людей от табачного дыма;
- 5) Все вышеизложенные.

Задание #6

Вопрос:

Как часто в мире умирают люди от болезней, связанных с употреблением табака?

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) каждые,5 секунд
- 2) каждые 10 секунд
- 3) каждые 30 секунд
- 4) каждый час

Задание #7

Вопрос:

Какие законы РФ направлены на борьбу против табака?

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Федеральный закон об ограничении курения табака
- 2) технический регламент по табаку
- 3) закон о рекламе
- 4) административный кодекс
- 5) все перечисленные

Задание #8

Вопрос:

В группу риска формирования синдромов химических зависимостей входят подростки, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) замеченные в употреблении алкоголя или других ПАВ;
- 2) ведущие асоциальный образ жизни;
- 3) из неблагополучных семей;
- 4) с заболеванием желудочно-кишечного тракта;
- 5) с пограничной умственной отсталостью.

Задание #9

Вопрос:

Факторы риска - это переменные, которые участвуют в сложной цепи причинно-следственных связей, определяющих заболеваемость. К ним относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) Элементы социальной и природной среды

- 2) Особенности поведения людей, их образ жизни, вредные привычки
- 3) Индивидуальные особенности организма людей, определяющие предрасположенность людей к заболеваниям
- 4) Все перечисленное
- 5) Ничего из перечисленного

Задание #10

Вопрос:

Опасность наркоманий, токсикоманий вызвана всем перечисленным, кроме:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) высокой смертностью вследствие передозировки;
- 2) несчастными случаями в состоянии опьянения; самоубийства;
- 3) высокой криминагенностью;
- 4) взаимопониманием среди наркоманов

Ответы:

- 1) Верные ответы: 4;
- 2) Верные ответы: 4;
- 3) Верные ответы: 4;
- 4) Верные ответы: 4;
- 5) Верные ответы: 5;
- 6) Верные ответы: 1;
- 7) Верные ответы: 5;
- 8) Верные ответы: 4;
- 9) Верные ответы: 4;
- 10) Верные ответы: 4;

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, уравновешенным, добрым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, там в возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Мать сразу это заметила, принимала профилактические меры, но всё было напрасно. Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с голосами знакомых. Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, незаинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. В отделении не спал по ночам, был неряшлив, походка шаткая, плохо осмыслял инструкции. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Однако продолжал оставаться бездеятельным, испытывал постоянные истинные слуховые галлюцинации, под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. Был для продолжения лечения переведен в наркологический стационар. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время проводил дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «карать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 2.

Больной Н., 22 года.

Наследственность не отягощена. Единственный ребенок в семье. Характеризует себя как спокойного, общительного. В возрасте 7 лет сломал ногу, впоследствии эта нога была на несколько сантиметров короче, перенес операцию. Была ограничена активность, не мог участвовать наравне со сверстниками в играх, переживал свою неполноценность. Не имел определенных планов на будущее, по инициативе родителей поступил в институт, ни учеба, ни будущая специальность не нравились. Два года встречался с девушкой, был очень к ней привязан, рассказывает, что не хотел с ней разлучаться ни на день, ревновал ее. Летом прошлого года девушка с ним рассталась, сказав, что он «не мужчина ее мечты». Тяжело переживал разрыв с ней, его поддерживал в это время друг, который был все время с ним рядом. Когда друг уехал, он стал встречаться с компанией, в которой все злоупотребляли алкоголем, выпивал вместе с ними, потом «выпивать надоело» и нашел другую компанию, в которой употребляли наркотики. Полгода назад почувствовал, что жизнь «стала какой-то серой», пропали все чувства, стал хуже учиться, потом прогуливать занятия. Чтобы оживить эмоции, курил ананас. Чувствовал себя неполноценным. В это время начал ощущать, что его жизни угрожает опасность. Замечал, что за ним следили из проезжающих автомобилей, боялся больших компаний на улице, «могли ограбить и убить». В это время ездил только на такси. Оформил академический отпуск. Работал продавцом в магазине. Около месяца до поступления в данную больницу настроение стало улучшаться, стал понимать, что «следят с хорошей целью, повлиять, сделать меня лучше». За две недели до поступления стал чрезмерно активен, возбужден, совершал нелепые поступки, настроение было приподнятым, нарушился сон. Сам рассказывает, что когда услышал о будущей Олимпиаде в Сочи, то понял, что это сделано для него, Олимпиада будет проходить для него. Рассказывал окружающим, что готовится к Олимпиаде, собирался заняться ее организацией. Говорил, что хочет стать президентом страны. При поступлении в психиатрическую больницу был возбужден, агрессивен, применялись меры физического стеснения. Настроение было патологически повышенным. В процессе лечения стал спокойнее, соблюдал режим отделения.

При беседе в приподнятом настроении, охотно рассказывает о своих переживаниях, настроение характеризует как «отличное». Помещение в больницу считает позитивным, так как это «улучшает его». Мышление непоследовательное, паралогичное. Так, говорит, например, что смотрел выступление президента по ТВ, где тот «признался в ошибках», понял тогда, что и он сам может стать президентом. Рассказал, что ощущает со стороны окружающих воздействие, они узнают его мысли, но описывает эти переживания без подробностей, неопределенно. Сказал, что лечащий врач знает его мысли в силу своей проницательности и профессионализма, так как задает

вопросы, ответы на которые ему известны. Сказал, что впервые в жизни полюбил девушку, которую до этого три раза видел, собирает с ней создать семью, детей, и всей семьей «поехать на олимпиаду». От планов президентства отказался. В отделении слежки за собой не наблюдает. С момента поступления считал, что события в больнице строятся специально для него, «вся больница крутилась вокруг меня». Говорит, что настоящая встреча с врачами так же проводится для того, чтобы он «потренировался общаться с большой группой людей». Критики к своему состоянию нет, хотя формально говорит, что был болен, не может сказать, что относит к проявлениям болезни.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 3

Больная С. 28 лет.

Наследственность отягощена: отец лечился по поводу алкоголизма в ОНД. Дед по линии отца так же злоупотреблял алкоголем. Родилась в срок. Раннее развитие соответствовало возрастной норме. Посещала ДДУ. В школу пошла во время, училась посредственно, не проявляя особого интереса. С окружающими поддерживала ровные отношения, в конфликты не вступала. По характеру в меру общительна, вспыльчива, но отходчива, впечатлительная. В конфликтных ситуациях использовала стратегию избегания. После окончания школы поступила в вуз на платной основе, но через год учебу оставила в связи с замужеством и беременностью. В дальнейшем работала контролером качества на текстильном предприятии в течение 2-х лет, шесть месяцев в агентстве недвижимости, без официального оформления. Замужем, проживает с мужем, дочерью и своей матерью. Отношения с мужем у больной неустойчивые из-за его пьянства. Перенесенные заболевания: детские инфекции, операция по поводу фибroadеномы молочной железы в 19 лет, гепатит «А» в возрасте 17 лет. Алкоголь впервые попробовала на выпускном вечере. Выпила около 0.5 литров сухого вина, после чего чувствовала себя плохо и длительное время испытывала отвращение к спиртному. После замужества выпивки участились, алкоголизировалась не реже 1 раза в месяц. Постепенно росла толерантность и к настоящему времени она составляет 0.5 л водки. Выпивки резко участились, когда больная перешла на работу в агентство недвижимости. Выпивала вместе с коллегами по работе, в дальнейшем стала пьянствовать вместе с мужем. Злоупотребление стало носить запойный характер. Утратила количественный контроль, исчез защитный рвотный рефлекс, появились похмельные состояния: головная боль, тремор рук, общее плохое самочувствие. Опохмеление вызывало улучшение на несколько часов. В дальнейшем обострялось влечение, и больная вновь массивно алкоголизировалась. Последний запой продолжался 4 дня.

Психические расстройства появились остро через три дня ночью. Проснулась от ощущения ползания по телу «насекомых», увидела на полу «рой клопов». Испытывала тревогу, была возбуждена. В течение утра несколько успокоилась, днем делала домашние дела. К вечеру состояние вновь ухудшилось, увидела на подоконнике неясный силуэт «уродливого карлика», который разговаривал голосом ее мужа. Рядом с ним находилась «кукла», похожая на любовницу мужа. Когда больная подходила к ним, они исчезали, при отдалении появлялись вновь. Слышала их «голоса», имевшие обвиняющий характер, обращенные друг к другу и к ней, была госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой «СП», которую вызвала подруга.

При госпитализации: контакту доступна, ориентирована правильно, испытывает тревогу, беспокойна. С частичной критикой описывает возникавшие у нее галлюцинаторные переживания. Отмечается инъекция склер, тремор рук и языка, нистагм при отведении глазных яблок в сторону. В течение ночи больная продолжала слышать «голоса». После проведения дезинтоксикации и назначения нейролептиков активная психотическая симптоматика быстро исчезла. В дальнейшем больная критически оценивала перенесенный психоз. Злоупотребление алкоголем сначала отрицала и признала злоупотребление алкоголем только после того, как был получен анамнез со слов ее матери.

Через две недели при беседе с врачом контакту легко доступна, на вопросы отвечает по существу, фон настроения ровный, с критикой описывает имевшиеся у нее психотические расстройства. Стремится приуменьшить размеры пьянства, но при углубленной беседе сообщает о нем более откровенные сведения. Круг интересов сужен, в общественных событиях ориентируется слабо, запас знаний ниже уровня полученного образования. Не может ответить на вопросы учебной программы 7-9 класса. Абстрактное мышление доступно в суженном объеме. Часто не может дать интерпретацию метафорическим выражениям. Память грубо не нарушена. Охотно беседует на алкогольную тематику, сообщает о предпочитаемых видах алкогольной продукции.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 4

Больной У., 20 лет.

Личность с чертами тревожной мнительности, перфекционистскими установками («в жизни все должно складываться безупречно»). Несколько раз за последний год курил сигареты с анашой, испытывал эйфорию и усиление активности. Попробовал «экстази», что тоже вызвало прилив сил. Признаков зависимости не выявлено. Два месяца назад в компании друзей, находясь в Москве, после двух бессонных ночей (по объективным внешним причинам) принял полтаблетки «экстази», а спустя непродолжительное время покурив анашу. После этого развилось состояние «безумного смеха», испугался, что выглядит нелепо, пытался совладать с этой реакцией; появилось чувство неуправляемого течения мыслей в голове, возник страх, что сходит с ума, сильная тревога. После этого продолжал испытывать чувство тревоги, было ощущение внутренней измененности, «чувство, что меня нет». «Обострились слух и зрение», видел контуры предметов более четко, «как-то по-другому», звуки раздражали. Было ощущение, что часть мыслей не принадлежит ему. Замечал, что некоторые люди на улице смотрят на него «как-то сбоку». Постоянно думал о том, что он заболел, что не выздоровеет, очень переживал по поводу случившегося. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. На третий день, на фоне лечения галоперидолом, состояние улучшилось. Больной продолжал испытывать беспокойство, думал, что вдруг все повторится, и аналогичные расстройства действительно появились снова через несколько дней.

В отделении на фоне терапии большинство болезненных проявлений купировалось.

При беседе жалуется на тревогу, потерю интереса к жизни, «апатию». На протяжении всего времени консультации плачет, слезы «градом», с детскими интонациями и мимикой говорит, что боится навсегда остаться больным, что устал чувствовать себя больным. Суждения отличаются инфантильным характером. Фон настроения несколько снижен соответственно ситуации. К своему состоянию критичен.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).