МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.И.ВЕРНАДСКОГО»
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО
(структурное подразделение)

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

«УТВЕРЖДАЮ»
Зав. кафедрой
ВербенкоВ.А., профессор
(Ф.И.О., звание)
(подпись)
«29 » _июня____ 2020 г.

Основная образовательная программа: ОСНОВНАЯ ПРОГРАММА АСПИРАНТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПСИХИАТРИЯ»
(шифр и название ОПОП)

Курс: **3 год обучения**

Тип занятий: практическое занятие

Дисциплина: 31.06.01- клиническая медицина

Название раздела дисциплины/темы: Аффективные и тревожные расстройства

Куратор темы: Вербенко В.А., профессор
(Ф.И.О., должность, подпись, дата)

Обсуждено на заседании кафедры « 29 »__июня__2020 г., протокол №__7__

1. Цель раздела

Знать*:* - этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы профилактики и лечения аффективных и тревожных расстройств.

В том числе - Депрессивные состояния в структуре психических заболеваний.

Биполярное аффективное расстройство. (F31-МКБ-10.Тревожные расстройства (F41-МКБ-10)

Аффективные расстройства психотического уровня.

Психофармакотерапию и немедикаментозные методы лечения БАР..

Знать: - этиологию, патофизиологию, клинику тревожных расстройств, невротических и связанных со стрессом расстройств.

Классификацию тревожных расстройств -

Паническое расстройство. Генерализованное тревожное расстройство. Тревожно-депрессивное расстройство.

Уметь: грамотно разрабатывать и реализовывать новые методики исследования; использовать современные экспериментальные и клинические методы лечения психиатрических заболеваний в профессиональной, педагогической и исследовательской деятельности

Владеть: навыками разработки экспериментальных и клинических методов лечения психиатрических заболеваний

2. **Форма проведения занятий семинарского типа:** практические занятия: клинические разборы тематических больных, компьютерное тестирование, решение ситуационных задач и учебных историй болезней, клинический анализ видеофильмов.

3. Методика и порядок выполнения

№ п/п	Этапы обучения	Методика проведения
1.	*Организационная часть:*	Постановка целей и мотивация. Определение темы занятия, ее актуальности. Перечисление основных вопросов темы занятия и необходимых практических навыков. Определение уровня самостоятельной подготовки по вопросам для внеаудиторной работы
2.	*Основная часть:*	Проработка с аспирантами вопросов темы занятия, обсуждение и дискуссия по текущему материалу Коррекция уровня теоретических и практических знаний, полученных на занятии.
3.	*Заключительная часть:*	Определение усвоения аспирантами теоретических и практических знаний; выходной контроль уровня знаний. Анализ достигнутой цели. Анализ типичных ошибок. Определение темы и объёма материала для изучения будущей темы.

4. 1. Контрольные вопросы по разделу дисциплины / по теме занятия:

Принципы диагностики и лечения аффективных и тревожных расстройств.

Особенности фармакотерапии депрессивных расстройств у различных групп пациентов.

Дифференциальная диагностика депрессивных расстройств как основного заболевания с другими психическими расстройствами, включающими депрессивные симптомы.

Особенности течения и фармакотерапии биполярного аффективного расстройства.

Дифференциальная диагностика БАР и шизоаффективного расстройства.

Принципы диагностики и лечения психогенных расстройств.

Особенности диагностики и лечения тревожных и фобических расстройств.

Дифференциальная диагностика соматоформных расстройств, соматизированных депрессий и соматических заболеваний.

Паническое расстройство. Генерализованное тревожное расстройство. Тревожно-депрессивное расстройство.

Дифференциальная диагностика реакции утраты и психогенных расстройств.

Психогенные расстройства психотического уровня, их диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

Принципы диагностики и терапии тревожно-фобических расстройств,

Принципы диагностики и терапии обсессивно-компульсивных расстройств,

Принципы диагностики и терапии реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации,

Принципы диагностики и терапии диссоциативных расстройств,

Принципы диагностики и терапии соматоформных расстройств.

Особенности психофармакотерапии тревожно-фобических расстройств,

Особенности психофармакотерапии обсессивно-компульсивных расстройств,

Особенности психофармакотерапии реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации,

Особенности психофармакотерапии диссоциативных расстройств,

Особенности психофармакотерапии соматоформных расстройств..

Дифференциальная диагностика невротических расстройств как основного заболевания с другими психическими расстройствами, включающими тревожные, фобические и аффективные симптомы и расстройства поведения.

Дифференциальная диагностика связанных со стрессом расстройств как основного заболевания с другими психическими расстройствами, включающими тревожные, фобические и аффективные симптомы и расстройства поведения.

Особенности течения невротических и связанных со стрессом расстройств.

Дифференциальная диагностика невротических и связанных со стрессом расстройств - и соматоформных расстройств, соматизированных депрессий и соматических заболеваний.

Паническое расстройство. Генерализованное тревожное расстройство. Тревожно-депрессивное расстройство.

Дифференциальная диагностика реакции утраты и психогенных расстройств.

Психогенные расстройства непсихотического уровня, их диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика.

4.2. Тестовые задания, ситуационные задачи или др. (при необходимости)

Тесты

К невротическим относятся все синдромы, кроме:

*А) Параноидный синдром.

Б) Истерический синдром.

В) Астенический синдром.

Г) Синдром навязчивых состояний.

Д) Ипохондрический синдром.

Для астенического синдрома характерны:
А) Истощаемость психической деятельности
Б) Эмоционально-гиперестетические расстройства
В) Нарушения сна
Г) Вегетативные нарушения
*Д) Все перечисленное

Что не характерно для синдрома деперсонализации?
А) Ощущение собственной измененности.
Б) Ощущение утраты чувств.
В) Ощущения чувства раздвоенности Я.
Г) Ощущения исчезновения своего Я.
*Д) Ощущения, что комната приобрела неестественно удлиненную форму.

Укажите признак невротического состояния.
А) Псевдогаллюцинации зрительные.
Б) Бред Котара.
*В) Канцерофобия.
Г) Конфабуляции.
Д) Бред «чужих родителей».

Латентный период развития симптоматики характерен для:
А.* Посттравматического стрессового расстройства
Б. Агорафобии
В. Обсессивно-компульсивного расстройства
Г. Ипохондрии
Д. Хронического соматоформного болевого расстройства

Что включает в себя синдром патологического фантазирования:
А. Сознательное, корыстное искажение истины с целью получения выгоды.
Б. Сознательные вымыслы, небобходимые для самоутверждения или реабилитации.
В. * Доминирование в сознании; готовность к перевоплощению в вымышленные образы; вживание в вымыслы; расстройства поведения, сопряженные с содержанием фантазий.
Г. Вытеснение психотравмирующей ситуации по механизму «замещения» реальной действительности.
Д. Переоценка своих возможностей, склонность ко лжи.

Для какого типа расстройства личности характерно: «Всегда приподнятое настроение, тяготятся одиночеством, в компании стремятся к лидерству, любят риск, склонны к авантюрам, часто не доводят начатое до конца».
А) Шизоидное расстройство личности.
*Б) Гипертимное расстройство личности.
В) Эксплозивное расстройство личности.
Г) Истерическое расстройство личности.
Д) Паранойяльное расстройство личности.

Для маниакального синдрома характерно все, кроме:
А) Эйфория.
*Б) Фобии.
В) Бред величия.
Г) Психомоторное возбуждение.
Д) Ассоциативное ускорение.

При наличии каких из перечисленных признаков диагноз синдрома помрачения сознания является несомненным.

*А) Отрешенность, аллопсихическая дезориентировка, бессвязность мышления, амнезия.

Б) Двигательное возбуждение, бред воздействия, псевдогаллюцинации, дезориентировка во времени.

В) Безразличие к окружающему, конфабуляции, фиксационная амнезия.

Г) Отсутствие речи, расстройства чувствительности.

Какое нарушение не входит в состав метаболического синдрома?

А. Ожирение, Высокий уровень холестерола

Б. Высокий уровеньтриглицеридов

В. Артериальная гипертензия

Г. Повышение уровня глюкозы натощак

Д.* Гиперпролактинемия

Основные свойства антидепрессантов:

А) Устраняют болезненные расстройства восприятия, мышления. Являются антипсихотиками.

Б) Устраняют фазовые колебания настроения.

*В) Устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

Г) Повышает психический тонус, улучшают мышление и память.

Д) Повышают активность мышления и моторики, устраняют чувство усталости.

7) Основные свойства ноотропов:

А) Устраняют болезненные расстройства восприятия, мышления. Являются антипсихотиками.

Б) Устраняют фазовые колебания настроения.

В) Устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

*Г) Повышает психический тонус, улучшают мышление и память.

Д) Повышают активность мышления и моторики, устраняют чувство усталости.

Основные свойства нормотимиков:

А) Устраняют болезненные расстройства восприятия, мышления. Являются антипсихотиками.

*Б) Устраняют фазовые колебания настроения.

В) Устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

Г) Повышает психический тонус, улучшают мышление и память.

Д) Повышают активность мышления и моторики, устраняют чувство усталости.

Определите, какая группа психотропных препаратов устраняет болезненные расстройства восприятия, мышления. Являются антипсихотиками.

А) Транквилизаторы.

Б) Антидепрессанты.

В) Противосудорожные

*Г) Нейролептики.

Д) Ноотропы.

Какая группа психотропных препаратов устраняет фазовые колебания настроения.

А) Транквилизаторы.

Б) Антидепрессанты.

*В) Нормотимики.

Г) Нейролептики.

Д) Ноотропы.

Какая группа психотропных препаратов устраняет болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

А) Транквилизаторы.

*Б) Антидепрессанты.

В) Противосудорожные

Г) Нейролептики.

Д) Ноотропы.

Какая группа психотропных препаратов повышает психический тонус, улучшает мышление и память.

А) Транквилизаторы.

Б) Антидепрессанты.

В) Противосудорожные.

Г) Нейролептики.

*Д) Ноотропы.

Какая группа психотропных препаратов повышает активность мышления и моторики, устраняет чувство усталости.

А) Транквилизаторы.

Б) Антидепрессанты.

*В) Психостимуляторы.

Г) Нейролептики.

Д) Ноотропы.

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

а) психических

*б) сосудистых

в) неврологических

г) соматических

д) вегетативных

Свойства психостимуляторов используемых при терапии невротических расстройств:

А) Устраняют болезненные расстройства восприятия, мышления. Являются антипсихотиками.

Б) Устраняют фазовые колебания настроения.

В) Устраняют болезненно пониженное настроение и заторможенность психической деятельности.

Г) Повышает психический тонус, улучшают мышление и память.

*Д) Повышают активность мышления и моторики, устраняют чувство усталости.

Антидепрессанты, используемые при терапии невротических расстройств:

а) антидепрессанты, действующие с учетом дефицита серотонина

б) антидепрессанты, действующие с учетом дефицита норадреналина

в) антидепрессанты, действующие с учетом дефицита нейромедиаторов
*г) верно а) и в)
д) все перечисленное

Какие методы психотерапии невротических расстройств в настоящее время применяются:

А. Когнитивно-поведенческая психотерапия
Б. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия
В. Динамическая психотерапия
Г. Гипнотерапия
* Д. Правильные ответы А и Б

Ситуационные задачи:

№1

Больная Е., 25 лет, воспитатель в детском саду. Мать пенсионерка. Отец погиб от несчастного случая. Наследственность не отягощена. В школе с 7 лет, училась хорошо, после 10 класса продолжала обучение в педучилище. По характеру застенчивая, обидчивая. Много читала, писала стихи. 2 месяца назад перенесла тяжелую форму гриппа, осложнившуюся пневмонией. Лечилась в стационаре, затем амбулаторно. На работе быстро устает, не может сосредоточиться на умственной деятельности, бывает слезливой, обижается «по пустякам». Настроение снижено, раздражительна. Отмечает чуткий сон с частыми пробуждениями. Эпизодически возникают сердцебиения и тревога, чему предшествуют эмоциональные перегрузки. Неоднократно обращалась к терапевту с просьбой обследовать, но соматической патологии не выявлено. Больной рекомендована консультация психиатра.

К какой группе расстройств относятся имеющиеся у больной нарушения психики?

А) Психотические расстройства.
Б) Негативные расстройства.
*В) Невротические расстройства.
Г) Ни то, ни другое
Д) Всё перечисленное верно

№2

Больная непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кричит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по кабинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман зрача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не поддается, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком бросилась к окну, выбила стекло, нанесла себе ранение осколками. Временное успокоение наступило после внутреннего введения тизерцина.

Какой это вариант депрессии?

- Тревожно-депрессивное состояние
- Ажитированная депрессия

Ответ:Ажитированная депрессия -У данной больной тоска сочетается не с заторможенностью (как это имеет место при классической депрессивной триаде), а с бурным психомоторным возбуждением (ажитацией). Поэтому такие состояния получили название ажитированной депрессии. Обратите внимание на особую опасность самоубийства в подобных случаях заболевания и необходимость, самого строгого наблюдения за этими больными.

№3

У самых дверей приемно-диагностического отделения психиатрической больницы врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также перехвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и безвкусного. Взяв врача «под руку», больная начинает тараторить, голос у нее охрипший.

— Я вас сразу же узнала. А когда меня выпишут? Я совсем здорова, у меня только маниакальное состояние, и как говорится, не важен метод — важен результат. А вон та нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы суббота. Завтра суббота, Вы меня завтра выпишите. А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лесть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо! (внезапно в раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. Ко тут же на лице вновь улыбка, кокетливо обращается к врачу). Я в Вас влюбилась, ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я ему письмо записала в стихах. Хотите прочитаю? — и т. д.

В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав в кружок больных, поет, танцует твист. Спит не более 3-4 часов в сутки. Возбуждение полностью не купируется даже применением очень больших доз нейролептиков.

Опишите состояние?

- Маниакальнее возбуждение?
- Гебефреническое возбуждение?

Ответ: Маниакальнее возбуждение - В приведенном описании содержится триада основных симптомов маниакального синдрома.

Во-первых, повышение настроения. У нашей больной оно проявляется как мимике, так и в поведении (стремление ярко и крикливо одеваться, больная неистощимо весела, поет, танцует). Разумеется это повышенное настроение ни в какой мере не соответствует ситуации, в которой находится больная. Характерна также раздражительность, гневливость больной, проявляющаяся на общем повышенно жизнерадостном фоне. Во-вторых, ускорение мышления. Больная многоречива, мысли ее беспорядочно перескакивают с одного предмета на другой. Последовательность мыслей определяется, в основном, внешними ассоциациями, созвучием слов: «Из-под пятницы суббота. Завтра суббота...» Этим же определяется наклонность к употреблению в речи большого количества пословиц, поговорок, в которых используются давно знакомые и созвучные словосочетания. В третьих,- повышение активности. Оно проявляется в непрерывном стремлении больной к деятельности, причем направление этой деятельности, меняется также стремительно, как и направление мышления. К этому нужно добавить, что поведение больной насыщено сексуальным содержанием.

№4

Больная Е., 27 лет, учитель начальной школы. Мать педагог. Отец ушел из семьи 10 лет назад. Наследственность не отягощена. В школе с 7 лет, училась хорошо, после 10 класса продолжала обучение в институте. По характеру застенчивая, обидчивая. Много читала, писала стихи. 2 месяца назад перенесла ОРВИ и имела несколько конфликтных ситуаций на работе. Лечилась мбулаторно. На работе раздражительна, быстро устает, не может сосредоточиться на умственной деятельности, бывает слезливой, обижается «по пустякам». Быстро истощается при умственных нагрузках, на фоне утомления вспыльчива, даже агрессивна. Отмечает нарушения сна с частыми пробуждениями. Эпизодически возникают сердцебиения и нарушения дыхания, чему предшествуют эмоциональные перегрузки. Неоднократно обращалась к терапевту с просьбой обследовать, но соматической патологии не выявлено. Больной рекомендована консультация психиатра.

Определите синдромальный диагноз.

*А) Астенический синдром.
Б) Истерический синдром.
В) Парано яльный синдром.
Г) Тревожно-фобический синдром.
Д) Аментивный синдром

Тематические больные / архивные/ виртуальные истории болезней

Примеры историй болезни

№1

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиа полётов. После серии авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2 Каким синдромом определяется состояние?
3 При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4 Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5 Каковы лечебные рекомендации?

Варианты ответов:

1) авиа фобия (симптомы психической и соматической тревоги).
2) тревожно-фобический синдром.
3) паническое расстройство, ГТР, ОКР.
4) стрессовые ситуации, психическая травма, характерологические особенности личности.
5) рациональная психотерапия, назначение бензодиазепинов за два часа до полёта.

№2

Больная Л., 29 лет, служащая, после развода с мужем, испытывала сниженное настроение, тоску, подавленность. Для облегчения состояния начала регулярный приём спиртных напитков. Примерно, через три месяца в состоянии алкогольной абстиненции, внезапно развился приступ, который сопровождался страхом, ощущением дурноты и слабости, онемением ног. Окружающее показалось чуждым и непривычным. Было желание бежать. Данные симптомы достигли своего

пика за 10 минут и постепенно угасли в пределах часа. После данного эпизода перестала употреблять спиртное, решила заняться спортом. На фоне гипервентиляции развился аналогичный приступ с выраженным страхом. В течение месяца таких атак отмечалось до 4. Вне приступов испытывает страх возникновения новых приступов, критична, детально описывает свои состояния, активно ищет помощи.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.
2. При каких расстройствах он наблюдается?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?
5. Рекомендуемое лечение.

Варианты ответов:

1) пароксизмально возникающая психическая и соматическая тревога.

2) паническое расстройство F-41.0

3) использование психометрических шкал для оценки тревоги и депрессии (шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона); определение уровня гормонов щитовидной железы.

4) одномоментный приём бензодиазепинов, для достижения быстрого эффекта - сублингвально.

5) бензодиазепины, СИОЗС, трициклические антидепрессанты, психотерапия

№3

В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

Вопросы:

1) диагностируйте данное расстройство в соответствии с классификацией МКБ-10.
2) проведите дифференциальную диагностику с простой изолированной фобией.
3) назовите, наиболее часто встречающиеся коморбидное тревожное расстройство.
4) назовите препараты выбора медикаментозного лечения данного заболевания.
5) укажите основные виды психотерапии.

Варианты ответов:

1) социальная фобия F-40.1
2) отличительная черта - страх и избегание ситуаций, в которых человек подвергается возможной оценки другими людьми и боится совершить что-нибудь нелепое
3) паническое расстройство
4) СИОЗС, бета-блокаторы, НАССА
5) поведенческая и рациональная психотерапия

№4

Больной Г., 32 лет, рассказал, что около месяца назад в туннеле вагона метро испытал внезапный приступ страха, который сопровождался сердцебиением, одышкой, урчанием в животе. Не выдержал «эмоционального напряжения» стал метаться по вагону. Отмечает, что помнит каждую секунду, было стыдно перед пассажирами, но сдерживать себя не мог. Выбежал из метро, до дома добирался наземным транспортом. В течение месяца до работы добирался «на автобусах». Повторный приступ произошел через 5 дней на остановке, где скопилось много людей. Появился страх возникновения нового приступа, «а бежать не куда». Нарастала тревога, сердцебиение, одышка. Растолкав людей, побежал в сторону дома. В настоящее время не работает, испытывает страх возникновения нового приступа, активно ищет помощь.

Вопросы:

1) назовите симптомы и синдромы.
2) дайте определение «Агорофобии».
3) для какого расстройства характерна агорофобия?
4) каков прогноз расстройства
5) назовите препараты выбора для терапии данной патологии.

Варианты ответов:

1) агорофобия.
2) страх попадания в ситуации или места, бегство из которых, при возникновении приступов паники, нельзя было бы рассчитывать на помощь. Включает клаустрофобию, фобию транспорта, толпы.
3) паническое расстройство.
4) относительно благоприятный.
5) бензодиазепины, СИОЗС

№5

Больной С., 37 лет, обратился с жалобами на постоянную тревогу, чувство внутреннего напряжения, плохое предчувствие и ожидание худшего, трудности в сосредоточение внимания, прерывистый ночной сон и позднее пробуждение. Данные симптомы наблюдаются в течение 7 месяцев. Внешне больной напряжён, раздражителен, перебирает руками, периодически тяжело вздыхает, определяется потливость, умеренная тахикардия. Причину тревоги точно указать не может.

Вопросы:

1) с каким эндокринологическим заболеванием необходимо дифференцировать данное заболевание?
2) назначьте дополнительное обследование.
3) назовите шкалу, которая наиболее часто применяется для обследования данных больных.
4) при каких условиях возможно амбулаторное лечение данного больного?
5) каков прогноз?

Варианты ответов:

1) заболевание щитовидной железы.
2) гормональный профиль щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы.
3) шкалы оценки тревоги Гамильтона.
4) количество баллов по шкалы Гамильтона не выше 25 баллов, отсутствие суицидальных мыслей.
5) относительно благоприятный.

№6

Больная Д., 27 лет направлена на консультацию районным гепатологом. Из анамнеза известно: около года назад умерла подруга больной от гепатита С. В течение 6 месяцев у больной развилась тревога, тягостные мысли, что она тоже больна гепатитом С. Неоднократно сдавала анализы, консультировалась с гепатологом. Несмотря на отрицательные анализы, пациентку беспокоили неприятные ощущения в правом подреберье, усиливалось беспокойство, внутреннее напряжение. В дальнейшем, тревога и предчувствие постоянной опасности касались всех сторон жизнедеятельности пациентки. Появились также жалобы на потливость, головокружение, трудности концентрации внимания, повышенную раздражительность, появилась склонность к поносам. На этом фоне, около 1 месяца настроение резко снижено, выявляется тоска, чувство безысходности, высказывает пессимистические взгляды на будущее. Оценена по шкалам:
HARS - 28 баллов; HDRS - 20 баллов.

Вопросы:

1) назовите расстройство в соответствии с МКБ-10.
2) назовите коморбидное расстройство.
3) укажите другие часто встречающиеся коморбидные расстройства.
4) возможно ли амбулаторная помощь в данном случае?
5) учитывая коморбидное расстройство, назовите препараты выбора медикаментозной терапии.

Варианты ответов:

1) ГТР F-41.1
2) реккурентное депрессивное расстройство лёгкой степени
3) паническое расстройство, дистимия, расстройство личности тревожного круга
4) не возможна, т.к. количество баллов по шкале Гамильтона выше 25 баллов, что свидетельствует о высоком уровне тревоги
5)СИОЗС

№7

Больной 30 лет самостоятельно обратился за помощью. Находится в состоянии алкогольного опьянения. Рассказывает, что после гибели жены, на протяжении года испытывает постоянную тревогу, внутреннее напряжение. Каждый день опасается за жизнь своего ребенка и родителей. Малейшая задержка близких, вызывает усиление тревоги, раздражительность, сердцебиение, нарушение дыхания, боли в мышцах. Нарушился сон, долго не может уснуть, а утром «не хочется просыпаться». Тягостные переживания, трудность в сосредоточении внимания привели к полной социальной дезадаптации. Чтобы снять тревогу, стал употреблять спиртное, которое в первое время приносило значимое облегчение. Однако, в состоянии абстиненции тревога, внутреннее напряжение резко усиливаются. Самостоятельно решил обратиться за помощью. Перед выходом из дома с алкоголем принял «какие-то успокоительные таблетки», чтобы на время отвлечься от тягостных тревожных дурных предчувствий.

Вопросы:

1) какое тревожное расстройство описано у больного?
2) достаточно ли данных для диагностики коморбидной алкогольной зависимости и зависимости от психотропных препаратов?

3) какие обследования необходимо провести больному в первую очередь?
4) перечислите первоочередные лечебные мероприятия.
5) какая группа препаратов противопоказана для лечения основного заболевания у данного больного?

Варианты ответов:
1) генерализованное тревожное расстройство
2) не достаточно, можно говорить о эпизодическом употреблении психотропными веществами и злоупотреблении алкоголе
3) анализ мочи для выявления препарата, который пациент принял в месте с алкоголем, биохимический анализ крови, ЭКГ
4) дезинтоксикация
5) препарата, предполагающие развития зависимости – бензодиазепины

№8
Больной В., 40 лет, с подросткового возраста отличался впечатлительностью, ранимостью. Склонность к тревожным опасениям проявлялась в боязни опоздать на занятия, получить замечание, отвечать у доски. В зрелом возрасте данные черты сгладились, в то время как на первый план выступили черты ригидности, упрямства, а также, высокая степень склонности к сомнениям и отсутствие внутренней уверенности. Заболел около двух лет назад. На протяжении этого времени испытывает постоянную тревогу, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, ожидание худшего. Тревога охватывает все стороны социального функционирования данного больного. Засыпает и просыпается с тревогой. С критикой относится к своему заболеванию, активно ищет помощи.

Вопросы:
1) определите диагноз.
2) назовите коморбидное расстройство.
3) укажите, какой группе психопатий относится данное преморбидное расстройство личности.
4) каков прогноз расстройства
5) рекомендуемое лечение.

Варианты ответов:
1) ГТР
2) ананкастное расстройство личности F-60.5
3) группа тормозимых психопотий, к которым также относятся тревожные F-60.6 и зависимые F60.7
4) относительно благоприятный
5) СИОЗС и норадреналина – миртазапин, СИОЗС, бензодиазепины, небензодиазепиновые анксиолитик – буспирон, психотерапевтические методики, т.к. саморегуляция, релаксация

№9
Больной К., 16 лет. Около года назад, признался матери, что у него появились желания оскорблять незнакомых людей. Было несколько эпизодов, когда пациент неожиданно наносил

оскорбления людям в общественных местах. Отмечает внутреннее напряжение и страх, когда возникают «плохие мысли», и облегчение при их воплощении. В течение года появилось желание ударить незнакомого человека. Были эпизоды неожиданной агрессии к чужим людям. Изменился по характеру, стал замкнутым, грубым, эмоционально холодным.

Вопросы:

1) назовите тематику обсессий.
2) укажите компульсивные действия, если они есть в задаче.
3) могут ли быть при обсессивно-компульсивном расстройстве навязчивые проявления без явных или скрытых ритуалов?
4) преморбидом какого заболевания является данное расстройство, учитывая возраст, усложнее обсессий и личностные изменения?
5) какова медицинская тактика?

Варианты ответов:

1) боязнь агрессии – нанесение оскорблений или повреждений другим людям, совершения противоправных действий
2) компульсивные действия в задаче не описаны
3) примерно, в 10% случаев навязчивые проявления бывают без ритуалов
4) можно думать о развитии эндогенного процесса
5) наблюдение и обследование, уточние диагноза

№10

Больная Н., 34 лет обратилась с жалобами на «постоянные сомнения». Будучи подростком, читала книгу о сифилисе, когда почувствовала, что из неё «что-то вылилось». Появился непреодолимый страх заражения сифилисом. С тех пор регулярно обследуется, половую жизнь не ведёт. В последнее время ведёт тетрадь, где записывает время ухода из дома и время приезда на работу (время до работы занимает 40 мин). делает это для того, чтобы не было сомнений, что кто-то с ней не сделал акт насилия и не заразил сифилисом. Приезжая домой или на работу 30 минут моет руки, не смотря на то, что ездит в перчатках. Во время еды, также всё записывает, так как возникают сомнения, принимала ли она пищу.

Вопросы:

1) назовите симптомы и синдромы
2) для какого расстройства этот синдром характерен?
3) назовите тематики обсессий и компульсивных ритуалов.
4) какой прогноз? 5? Терапия.

Варианты ответов:

1) навязчивые идеи, сомнения, обсессии, ритуалы, боязнь заражения сифилисом, обсессивно-компульсивный синдром
2)шизотипическое расстройство личности, неврозоподобная шизофрения
3) заражение микробами, перверзные сексуальные мысли; мытьё, перепроверка, сомнения, записывание
4) неблагоприятный
5) противотревожная терапия – СИОЗС, трициклические антидепрессанты, бензодиазепины; антипсиихотическая терапия.

Отработка навыков (ролевая игра/имитация)
Виртуальные истории болезней (Роли врача-пациента)
Сценарий
Больной А. 41 года, гиперстенической конституции, страдает хроническим калькулезным холециститом.
В период обострения, наряду с болями в правом подреберье и диспептическими расстройствами, отмечается повышенная раздражительность, вспыльчивость, вегетативные нарушения (гипергидроз, сердцебиение, приступы головокружения).
В этот период нарушается самочувствие ("бываю, как вата"), появляется бессонница, снижается работоспособность, часто жалуется на слабость и разбитость.
С исчезновением болей, диспептических явлений психическое состояние постепенно нормализуется.

Сценарий

Пациентка 23-х лет повторно обращается к пластическим хирургам с жалобами на «некрасивый» нос, который «портит всю форму лица» и который «мешает нормально жить» т.к. окружающие на улице и коллеги на работе постоянно замечают этот дефект.
При осмотре нос правильной формы, отмечаются гармоничные черты лица. Объективно данных за косметический дефект нет.
После нескольких отказов один из хирургов соглашается прооперировать пациентку по ее настоянию.
После операции пациентка обращается к хирургу с жалобой на то, что «нос стал еще более уродливым», требует повторной операции, обвиняет врача в умышленном причинении вреда, постоянно является в клинику и устраивает скандалы, поджидает врача после работы.
Серия повторных настойчивых жалоб пациентки заканчивается судебным иском
Пациентка продолжает обращаться с жалобами к пластическим хирургам, требует повторной операции.

Видеофильмы
Примеры
1. Город ангелов.
2. Ночной портье.
3. Необузданные фантазии.
4. Цвет ночи.
5. Реквием по мечте.
6. Страна глухих.
7. Шестое чувство.
8. Напоминание о смерти.
9. Муравьи.
10. Социальная этограмма.

5. Материально- техническое обеспечение

5.1. Место проведения занятия ГБУЗ РК «КПБ №5» Админ. корпус 5-й этаж, аудитория № 2.
5.2. Оснащение занятия - технические средства обучения
1. Ноутбук
2. Мультимедийный проектор
3. Компьютерный класс
Тематические больные, архивные истории болезней.
Видеофильмы.

6. Источники информации
Основная учебная литература:
1. Психиатрическая клиника: учебное пособие [Текст] / Под ред. В. П. Самохвалова. – Симферополь: , 2003. – 608 с.
2. Жариков, Н.М. Психиатрия [Текст] / Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин – М.: Медицина, 2002. – 544 с.
Перечень учебных ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет":
1. Электронный учебник «Психиатрия и наркология» https://sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii
2. Электронный учебник «Психиатрическая клиника: учебное пособие» http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/3229
3. Электронный учебник «Психиатрия и наркология» https://sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii Незнанов Н.Г. С-Пб. 2014.

Дополнительная учебная литература:
1. Психиатрия. Национальное руководство Под ред. Т.Б. Дмитриевой М.: ГЭОТАР-МЕД,2011
2. Психиатрия. Учебник Н.М. Жариков М.: МИА- 2012.
3. Психиатрия и наркология: учебник И.И. Сергеев МЕДпресс-информ, 2009.
4. Психиатрия. Справочник практического врача Под ред. А.Г. Гофмана. М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 592 с.
5. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю. Основы диагностики психических расстройств: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. – 384 с.
6. Бобров А.С. Шизофрения. Избранные вопросы клиники и терапии. – Иркутск, 2008. – 228 с.
7. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – 448 с.
8. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
9. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
10. Положий Б.С. Клиническая суицидология. Этнокультуральные аспекты. – М.: РИО ФГУ«ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – 207 с.
11. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: ООО Изд-во «Речь»,2000. – 402 с.

12. Психиатрия. Справочник практического врача/ Под ред. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 592 с.
13. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия/ Пер. с нем. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
14. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 432 с.
15. Смулевич А.Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
16. Халстрем К., Макклюр Н. Депрессия. Ответы на ваши вопросы. – Будапешт, 2007. – 287 с.
17. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрении/ Пер. с нем. – М.: Алетейа, 1998. – 200 с.
18. Шизофрения: Клин. руководство/ Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли; Пер. с англ.; Под общ. Ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 192 с.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет":

1. http://www.who.int/ru/ - Всемирная организация здравоохранения.
2. http://elibrary.ru/ Ресурсы (ИНИОН РАН)
3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ поисковик научных публикаций на английском языке
4. http://www.psychiatry.ru Библиотека : [собр. материалов по психиатрии] / Науч. центр псих. здоровья РАМН
5. http://bibliopsy.mospsy.ru/pirkov5.html Библиотека по актуальным вопросам психиатрии и психологии.

7. Критерии оценки результатов текущей успеваемости на практическом занятии*

Тестирование
«отлично»- правильно выполнено _>90% тестов
«хорошо» - правильно выполнено _80-90% тестов
«удовлетворительно» правильно выполнено 70-80% тестов
«неудовлетворительно» правильно выполнено менее <70% тестов

Собеседование по контрольным вопросам:
«Отлично» - ответ полный
«хорошо»- в ответе допускает незначительные ошибки,
«удовлетворительно» - ответ неполный, допускает большое количество ошибок
«неудовлетворительно» - в ответе допускает принципиальные ошибки или не может ответить на поставленный вопрос

Решение ситуационной задачи:
Отлично» - ситуационная задача решена правильно.
«Хорошо» в решении задачи отмечаются непринципиальные ошибки, которые студент исправляет самостоятельно
«Удовлетворительно» - в решении задачи допущены существенные ошибки, которые студент исправляет с помощью преподавателя.
«Неудовлетворительно» - неправильное решение задачи

Оценка практических навыков клинического обследования:

«Отлично» - правильно проводится клиническое обследование, выявляет патологические симптомы и самостоятельно формулирует заключение.
«Хорошо» - клиническое обследование проводится, допуская незначительные ошибки в методике, выявляет патологические симптомы, при формулировке заключения допускает неточности, но способен к самостоятельной корректировке ответа.
«Удовлетворительно»- допущены ошибки при клиническом обследовании, которые исправляет в ходе ответа при помощи преподавателя.
«Неудовлетворительно»- не способность самостоятельно провести клиническое обследование и сформулировать заключение, или допущены грубые ошибки в методике, которые не могут быть исправлены при помощи преподавателя.

Оценка за историю болезни:
«Отлично»- правильно изложены результаты клинического обследования больного, правильно проведена интерпретация дополнительных методов исследования; в обосновании диагноза использован принцип синдромной диагностики; назначена современная терапия и профилактика. В процессе написания дифференцированного диагноза и этиопатогенеза продемонстрированы хорошие знания материала.
«Хорошо»- правильно изложены результаты клинического обследования больного и интерпретацию дополнительных методов исследования; при написании истории болезни допущены несущественные ошибки и неточности.
«Удовлетворительно» при написании допущены ошибки в различных разделах истории болезни.
«Неудовлетворительно» - не соблюдена схема написания истории болезни, неправильно проведена интерпретации результатов обследования, неправильно сформулирован диагноз, план лечения и профилактики.

Отработка навыков (ролевая игра/имитация)
«Отлично» - все этапы выполнены согласно алгоритма без ошибок
«Хорошо» - на одном из этапов допущены __2_-3___ ошибки
«Удовлетворительно» - допущены ____4____ошибки.
«Неудовлетворительно» - допущено более ___5_____ошибок