

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»**
(Томский НИМЦ)



УТВЕРЖДАЮ
Директор Томского НИМЦ

В.А. Степанов

« 30 »

мая

2023 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
НАРКОЛОГИЯ**

Специальность
31.08.20 Психиатрия

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Квалификация
Врач – психиатр

Томск – 2023

Составитель(ли):

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность
1.	Воеводин Иван Валерьевич	к.м.н.	Старший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании Учебно-методического совета. Протокол № 2 от «22» мая 2023 года.

Секретарь Учебно-методического совета _____  А.Е. Тумашова

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета (протокол № 6 от «30» мая 2023 года).

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ НАРКОЛОГИЯ

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Оценочные средства
Раздел 1 «Формирование химических зависимостей»	ПК-5, ПК-6	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Практические задания (ситуационные клинические задачи)
Раздел 2 «Классификация и клинические проявления психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ»	ПК-5, ПК-6	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Практические задания (ситуационные клинические задачи)
Раздел 3 «Психология зависимостей»	ПК-5, ПК-6	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Практические задания (ситуационные клинические задачи)
Раздел 4 «Профилактические, терапевтические и реабилитационные вмешательства в наркологии»	ПК-5, ПК-6	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Практические задания (ситуационные клинические задачи)
Все разделы	ПК-5, ПК-6	промежуточная аттестация (зачет)	Тестовые задания. Практические задания (ситуационные клинические задачи)

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы для текущего контроля, промежуточной аттестации

1. Эпидемиология болезней зависимости, динамика наркологической ситуации и факторы, влияющие на неё.
2. Планирование и организация наркологической (лечебной, реабилитационной и профилактической) помощи населению.

3. Организация наркологической помощи в Российской Федерации.
4. Основные положения законодательства о психиатрической и наркологической помощи.
5. Предмет и задачи наркологии. Основные этапы развития клинической наркологии.
6. Определения понятий «психоактивное вещество» и «наркотик», критерии понятий «проблемное употребление», «зависимость» и «наркомания».
7. Принципы классификации болезней патологической зависимости (МКБ-10).
8. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F10). Общие характеристики диагностической подгруппы.
9. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов (F11). Общие характеристики диагностической подгруппы.
10. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов (F12). Общие характеристики диагностической подгруппы.
11. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных веществ (F13). Общие характеристики диагностической подгруппы.
12. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина (F14). Общие характеристики диагностической подгруппы.
13. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления стимуляторов (F15). Общие характеристики диагностической подгруппы.
14. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов (F16). Общие характеристики диагностической подгруппы.
15. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака (F17). Общие характеристики диагностической подгруппы.
16. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей (F18). Общие характеристики диагностической подгруппы.
17. Критерии и классификации девиантного поведения.
18. Классификации аддиктивного поведения.
19. Формирование аддиктивного поведения и патологического зависимого поведения.
20. Биологические, психологические (психопатологические) и социальные факторы в патогенезе наркологических заболеваний.
21. Социально-психологическая дезадаптация в формировании наркологических расстройств
22. Роль стиля мышления и стиля стресс-реагирования в формировании аддиктивного поведения и болезней зависимости.
23. Мотивации потребления психоактивных веществ.
24. Общие синдромы зависимостей.
25. Простое, атипичное и патологическое алкогольное опьянение.
26. Острое отравление алкоголем.
27. Острая интоксикация суррогатами алкоголя.
28. Экспертиза алкогольного опьянения.
29. Формирование и клинические проявления алкогольной зависимости.
30. Метаболизм экзогенного алкоголя в организме.
31. Возрастные и половые особенности формирования, течения и терапии алкогольной зависимости.
32. Этиология алкогольных (металкогольных) психозов.
33. Классификация алкогольных психозов.
34. Клиника «классического» делирия.
35. Клиника атипичных и смешанных форм делирия.
36. Острые и подострые алкогольные галлюцинозы.
37. Хронический алкогольный галлюциноз.

38. Алкогольные энцефалопатии.
39. Коморбидность алкогольной зависимости (наркологическая, психиатрическая, сомато-неврологическая). Отличия понятий «коморбидные состояния», «сопутствующие заболевания», «осложнения».
40. Терапия алкогольной зависимости, этапы. Медикаментозные и психотерапевтические вмешательства на этапах. Реабилитационная тактика.
41. Купирование алкогольных психозов.
42. Подходы к профилактике проблемного употребления алкоголя и алкогольной зависимости.
43. Клиника гашишной интоксикации.
44. Основные клинические проявления на разных стадиях зависимости вследствие употребления каннабиса.
45. Типы психозов, возникающих вследствие зависимости от приема каннабиса.
46. Медицинские и социальные последствия хронической интоксикации каннабиноидами. Роль культурологических особенностей.
47. Особенности формирования, клиники и терапии зависимости от синтетических каннабиноидов.
48. Последовательность смены фаз опийной интоксикации и клинические проявления.
49. Формирование синдрома физической зависимости на примере опиоидов. Абстинентное состояние.
50. Клинические особенности опийных психозов.
51. Наркотики, относящиеся к группе опиоидов. Клинические и терапевтические особенности.
52. Медико-социальные последствия и осложнения хронической интоксикации опиатами.
53. Определение седативных, снотворных и анксиолитических средств.
54. Основные фармакодинамические эффекты барбитуратов.
55. Особенности становления барбитуровой зависимости.
56. Основные симптомы и расстройства, встречающиеся при опьянении и хронической интоксикации барбитуратами.
57. Основные способы лечения лиц с интоксикацией барбитуратами.
58. Механизм действия и основные эффекты бензодиазепинов.
59. Основные симптомы и расстройства, встречающиеся при опьянении и злоупотреблении транквилизаторами.
60. Медико-социальные последствия, вызванные употреблением седативных или снотворных средств.
61. Фазы кокаиновой интоксикации. Стадии развития зависимости кокаиновой наркомании.
62. Синдром отмены при употреблении кокаина.
63. Разновидности психозов при употреблении кокаина.
64. Медико-социальные последствия и осложнения хронической интоксикации кокаином.
65. Амфетамин. Основные фармакодинамические эффекты амфетаминов.
66. Острая интоксикация амфетаминоподобными препаратами.
67. Основные симптомы и расстройства, встречающиеся при опьянении эфедрин.
68. Основные признаки амфетаминовой абстиненции.
69. Основные фармакодинамические эффекты галлюциногенов.
70. Медико-социальные последствия при употреблении галлюциногенов.
71. Спектр психотропной активности лекарственных препаратов. Понятие об общем и избирательном действии психофармакологических средств.

72. Транквилизаторы: механизмы действия, классификация, основные представители, показания и противопоказания.
73. Гипнотики: механизмы действия, классификация, основные представители, показания и противопоказания.
74. Антидепрессанты: механизмы действия, классификация, основные представители, показания и противопоказания.
75. Нормотимики: механизмы действия, классификация, основные представители, показания и противопоказания.
76. Нейролептики: механизмы действия, классификация, основные представители, показания и противопоказания.
77. Психотерапия наркологических больных.
78. Общепсихотерапевтические методы лечения наркологических больных.
79. Формы и методы профилактической работы в наркологии.
80. Семейная психотерапия в процесс реабилитации лиц с зависимостями от психоактивных веществ.
81. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.
82. Недобровольная госпитализация. Показания и порядок проведения.

Тестовые задания

К составляющим социально-психологической адаптации, как комплексного показателя, не относится:

- гибкость, изменчивость поведения;
- адекватная самооценка;
- высокий интеллект;
- адекватная система отношений с окружающими.

Социально-психологическая дезадаптация формируется по механизму:

- патологического влечения;
- зависимости;
- психопатизации;
- порочного круга.

Социально-психологическая дезадаптация всегда характеризуется:

- поведенческими расстройствами;
- гибелью при отсутствии своевременной помощи;
- нарушением действующих социальных норм;
- наличием внешнего, ситуационного и внутреннего, психологического, факторов.

На третьей стадии стрессового процесса мы можем наблюдать:

- результаты, успешность или неуспешность стресс-реагирования;
- мобилизацию ресурсов;
- сам процесс реагирования;
- напряжение, тревогу.

Девиантным (отклоняющимся) поведением называется:

- поведение как здорового, так и психически больного человека, нарушающее действующие нормы;
- только поведение психически здорового человека, нарушающее действующие нормы;
- поведение психически больного, выходящее за рамки норм, действующих в обществе;
- поведение, сопровождающееся агрессией.

Поведение, несоответствующее действующим нормам, наблюдаемое у психически больного человека, называется:

- девиантным поведением;
- аддиктивным поведением;
- патологическим поведением;
- делинквентным поведением.

Современные принципы подхода к диагностике психических расстройств, выделения психопатологических симптомов направлены:

- на максимальный охват населения психиатрической помощью;
- на повышение осведомленности населения о психических симптомах;
- на предотвращение стигматизации и гипердиагностики психических расстройств;
- на достижение комплайенса.

Человек может быть признан психически больным только в случае:

- наличия у него выраженных явлений деградации личности;
- когда он представляет в силу своего психического состояния опасность для общества;
- когда нет достоверных доказательств отсутствия у него психического расстройства;
- обнаружения достоверных признаков, однозначно свидетельствующих о наличии психического расстройства.

Специалист имеет право оценивать состояние пациента (клиента):

- на основе комплексного анализа наблюдаемых проявлений и их соответствия окружающей обстановке и ситуации;
- опираясь на мнение ближайшего окружения пациента (клиента);
- опираясь на свои представления о соответствии наблюдаемых проявлений нормам морали и этики;
- только с учетом всего вышеперечисленного.

Действие никотина на организм человека можно охарактеризовать как:

- седативное;
- стимулирующее;
- нормализующее;
- галлюциногенное.

Наличие у человека фактора риска алкоголизма или наркомании подразумевает:

- повышенную вероятность вовлечения в злоупотребление психоактивными веществами;
- необходимость принятия экстренных мер по психопрофилактике зависимости;
- начальную стадию формирования алкоголизма или наркомании;
- психическую зависимость от алкоголя или наркотиков при отсутствии физической зависимости.

В критерии аддикций Брауна-Гриффитса не входит:

- симптомы отмены;
- указание конкретного вещества или действия, с которым связана аддикция;
- рост толерантности;
- конфликт с окружающими и самим собой.

Признаками сформировавшейся зависимости от психоактивного вещества являются:

- непреодолимая потребность принять вещество;
- потеря контроля над количеством при употреблении;
- повышение толерантности;
- абстинентный синдром;
- увеличение времени, посвященного поискам и употреблением вещества в ущерб другим занятиям;
- продолжение употребления, несмотря на очевидный вред для здоровья и негативные социальные последствия;
- все вышеперечисленное.

Использование для реализации аддикции к азартным играм технических средств (автоматов, компьютера):

- дает более мягкое течение процесса, чем использование игровых карт или рулетки;
- дает более злокачественное течение процесса по сравнению с картами или рулеткой;
- не влияет существенно на протекание процесса;
- недостаточно исследовано в отношении злокачественности протекания процесса.

О переходе аддиктивного поведения в стадию психического расстройства свидетельствует:

- социальная дезадаптация потребителя ПАВ;
- повышение толерантности и утрата защитных реакций организма;
- нежелание обращаться за помощью к специалистам;
- желание продолжать употребление.

Понятие наркотик означает:

- вещество, способное вызывать зависимость;
- вещество, злоупотребление которым неизбежно приводит к социальной дезадаптации;
- вещество, которое отнесено к спискам наркотиков законодательно;
- вещество, способное вызывать измененное состояние психики.

Нехарактерным для простого алкогольного опьянения являются изменения:

- в эмоциональной сфере
- моторики
- ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего
- запаха изо рта
- диаметра зрачка

Нехарактерным для средней степени простого алкогольного опьянения является:

- функциональное нарушение моторики
- замедление и затруднение ассоциативного процесса
- дизартричность речи
- непроизвольное мочеиспускание
- однообразность представлений, трудность переключения внимания

Нехарактерным для дисфорического варианта измененного простого алкогольного является:

- состояние напряженности с недовольством
- угрюмость с неприязнью и злобой
- придирчивость с агрессивностью
- наличие суицидальных мыслей и действий
- ощущение соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии

При формировании алкогольной зависимости преимущественно нарушается обмен витаминов группы:

- А
- В
- С
- Е
- РР

Нехарактерным для алкогольных амнезий является:

- связь с алкогольным эксцессом
- лакунарность, фрагментарность
- сохранность ориентировки в местонахождении
- сохранение моторики
- расстройства самосознания

Достаточно специфичным для алкогольных психозов является бред:

- величия;
- ревности;
- всемогущества;
- самоуничижения

Употребление синтетических наркотиков, по сравнению с растительными аналогами:

- способствует более быстрому формированию зависимости и большей тяжести клинических проявлений;

- способствует более медленному формированию зависимости и меньшей тяжести клинических проявлений;
- зависимость формируется быстрее, но клинические проявления менее выражены;
- зависимость формируется медленнее, но клинические проявления тяжелее.

Низкая фрустрационная толерантность (устойчивость к жизненным трудностям) может лежать в основе:

- атарактической мотивации потребления ПАВ;
- субмиссивной мотивации;
- мотивации гиперактивации поведения;
- гедонистической мотивации.

Субмиссивная мотивация потребления ПАВ – это:

- употребление под воздействием микросоциального окружения, уговоров, боязни показать себя «белой вороной»;
- употребление под влиянием желания получить новые впечатления;
- употребление с целью получить психофизиологическое удовольствие;
- употребление с целью «отвлечься» от проблем.

Компульсивное влечение к ПАВ означает:

- психическую зависимость;
- наличие анозогнозии;
- навязчивый характер данного влечения;
- невозможность скрывать и контролировать данное влечение.

Важнейшей психологической характеристикой созависимых личностей является:

- нарушение баланса собственных и чужих потребностей;
- слабость в отстаивании своего мнения, потакание партнеру;
- стремление к доминированию над партнером;
- неспособность к отсроченному гедонизму.

Ведущей задачей в работе со случаем, при формировании мотивации на изменения, является:

- осознание клиентом пагубности прежнего способа реагирования на жизненные трудности;
- грамотная формулировка целей желаемых изменений;
- обучение клиента способам избежать проблемные, значимые для него ситуации;
- вскрытие вторичных выгод прежнего способа поведения.

К применению в наркологии не рекомендованы, из-за несовместимости с алкоголем и его метаболитами:

- типичные нейролептики;
- трициклические антидепрессанты;
- некоторые СИОЗС;
- транквилизаторы;
- ноотропы.

Главная характеристика иррациональных когнитивных установок:

- несоответствие критериям логики;
- преобладание интуитивного над рациональным;
- искажение ситуации, с нарушением адекватного эмоционального ответа и дезорганизацией поведения;
- формирование в раннем детском возрасте, или вообще врожденный характер.

Какое утверждение об иррациональных когнитивных установках не является правильным:

- данные установки искажают картину восприятия сложных жизненных ситуаций;
- данные установки являются жесткими конструкциями мышления, и нередко пациенты/клиенты упорно сопротивляются попыткам их коррекции;
- данные установки являются чрезвычайно нестойкими образованиями психики и легко меняются при изменении жизненных обстоятельств;
- данные установки нарушают целостность системы «когниции-эмоции-поведение» и препятствуют формированию адаптивных навыков реагирования на индивидуально трудные жизненные ситуации.

Практические задания (Ситуационные (клинические) задачи)

ЗАДАЧА 1

Больной Ш., 63 лет, юрист. Жалобы на головную боль, неусидчивость, нарушения сна с трудностью засыпания. Рассказывает, что проблемы с алкоголем с 43 лет, когда умерла мать и стал принимать алкоголь регулярно 3-4 раза в неделю во все возрастающих количествах. Наибольшая суточная доза около 1000 мл 40% алкоголя. С 47 лет стал опохмеляться, прием алкоголя принял циклический характер по 3-4 дня с перерывами 5-7 дней. Чтобы «в приличном виде» придти на работу, для снятия похмельных нарушений – головной боли, повышения артериального давления, влечения к алкоголю - изредка стал принимать седуксен до 60 мг. В последние полгода в связи с напряжением на работе употребление алкоголя стало практически ежедневным. Появилось тревожное ожидание провала, несчастья и стал дополнительно ежедневно принимать «для успокоения и возможности заснуть» феназепам до 10 таблеток в сутки дробно. Самостоятельно обратился к психиатру-наркологу.

1. Предложите возможный диагноз
2. Обоснуйте и составьте программу терапии.

ЗАДАЧА 2

Военнослужащий А., 19 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость («сапоги пудовые»), раздражительность, озноб ($t - 37,8^{\circ}\text{C}$), жидкий стул, рвоту, ломоту в суставах. При осмотре выявлен мидриаз, повышенное АД - 140/90 мм рт. ст., симптом «гусиной кожи». Заторможен, последнюю ночь не спал. Из показаний сослуживцев стало известно, что с момента призыва больной делал себе инъекции какого-то вещества, которое готовил самостоятельно из привезенных из дома компонентов. Кололся два раза в день - рано утром и поздно вечером, стараясь, чтобы его никто не увидел. Два дня назад его запасы кончились, очень переживал это, пытался дать деньги сослуживцу, имевшему право выхода из части, чтобы тот купил «вещество» у цыган.

1. Назвать предположительный диагноз.

2.Врачебная тактика, прогноз, экспертиза.

ЗАДАЧА 3

Мужчина Б., 29 лет сообщает, что может выпить «под хорошую «закуску» бутылку водки или «даже больше». Раньше такая доза для него была совершенно невозможной. По утрам, как правило, чувствует себя больным после предыдущей алкоголизации: болит голова, нет аппетита, трясутся руки, беспокоят боли в области сердца. Все эти расстройства проходят, если выпивает 100-150 граммов водки или бутылку пива.

1. Назвать предположительный диагноз.

ЗАДАЧА 4

После двухнедельного запоя больной В., 30 лет почти не спал две ночи, был тревожен. Пытаясь уснуть, ложился в постель, но даже незначительный шум вызывал у него страх, больной вскакивал, выяснял, в чем дело. На короткое время забывался, видел «кошмарные сны». На третью ночь стал слышать, как за окнами «соседи договариваются его убить». Прятался в спальне за мебелью, «видел», как в окнах мелькали «страшные рожи» (живет на втором этаже), потом с ужасом обнаружил, что преследователи проникли в квартиру, слышал их шаги в соседней комнате. Выпрыгнул из окна, пытался бежать, доставлен в психиатрический стационар. В приемном покое «узнал» в дежурном враче своего родственника, просил у него защиты от преследователей. Не может понять, где находится - считает, что «в гостях», неточно ориентирован в календарном времени. Тревожен, оглядывается, пытался бежать.

1. Назвать предположительный диагноз.

2. Указать меры неотложной помощи больному.

ЗАДАЧА 5

45-летний офицер Г., был отправлен в госпиталь из части, где у него неожиданно начались тошнота, рвота, слабость в ногах, и он стал плохо видеть. При обследовании в госпитале выявлено увеличение печени (выступает на три пальца из-под края реберной дуги), атактическая походка, паралич взора (следит за предметом, поворачивая голову), стоматит. Психическое состояние характеризовалось растерянностью, неточной ориентировкой в окружающем, оглушением. По мере проведения терапии соматическое состояние улучшилось, но выявились выраженные расстройства памяти: пациент не помнил, что он три года назад был переведен на новое место службы, что год назад умерла мать его жены. Зато утверждал, что недавно приехал из города, где живут его брат и мать, хотя точно известно – он не был там последние пять лет. Со слов жены он обычно был энергичный и деятельный. Теперь он часами сидел в палате без дела, не интересовался друзьями, автомобилем, который остался в части, здоровьем недавно родившегося внука. Жена рассказала лечащему врачу, что последние лет 5-6 муж почти каждый день приходил с работы «выпивши», часто работал в гараже, откуда тоже возвращался нетрезвым. Однако тяжелых форм опьянения не было («до бесчувствия не напивался никогда»). Она отметила, что в последние годы муж похудел, стал мало есть, объясняя это тем, что «хорошо поел днем в столовой». Сослуживцы сообщили, что в столовой он ел только второе блюдо, торопясь убежать в свой кабинет, где, как они подозревали, он ежедневно выпивал, закусывая чем-то отбивающим запах. Вообще, определить трезвый он был или «выпивши» было всегда трудно из-за постоянно повышенного настроения, многоречивости, склонности к плоским шуткам, энергичной жестикуляции.

1. Назвать предположительный диагноз.

2. Дать рекомендации по дальнейшей терапии.
3. Высказать мнение о клиническом и трудовом прогнозе.

ЗАДАЧА 6

После длительной алкоголизации (пил ежедневно более недели) больной обратился в «Скорую помощь» с жалобами на «голоса», которые постоянно слышит дома вечером и ночью. Вначале думал, что это громко говорят соседи, обращался к ним с просьбой не шуметь, однако позже понял болезненный характер своих ощущений. Полностью ориентирован в месте и времени, тревожен, просит назначить лечение «от голосов», говорит, что такое раньше было у его знакомого, которого «полечили на психе, и все прошло». Симптомов абстиненции нет, хотя после запоя больного, но его словам, почти неделю «трясло».

1. Назвать предположительный диагноз.
2. Где и чем должен лечиться больной?

ЗАДАЧА 7

Молодой человек 18 лет лечился в наркологическом диспансере и психиатрической больнице по поводу опийной абстиненции. Не работает, не учится, отчислен за неуспеваемость с 1 -го курса автодорожного техникума 2 года назад. Отец и мать приехали с сыном в приемный покой психиатрической больницы с просьбой «закрыть его от друзей, которые снабжают ханкой». Сообщают, что сын стал продавать свои вещи, чтобы купить наркотик, после лечения не колосся меньше месяца. Сам пациент находится в состоянии легкой абстиненции, последнюю инъекцию сделал вчера вечером. Раздражается, кричит на мать, отказывается лечиться, угрожает самоубийством, если его закроют «на психе».

1. Каковы должны быть действия врача?

ЗАДАЧА 8

Пациент А., 25 лет, обращение к психиатру по настоянию родителей. Себя больным не считает. После окончания школы не смог поступить в высшее учебное заведение из-за недобора баллов. Работать отказался. Большую часть времени проводит дома, смотрит телевизор, играет в компьютерные игры. Несколько раз в неделю употребляет пиво по 0.5-1 литра. Замечания родителей игнорирует или затевает ссору. Домашней работы избегает. Неряшлив.

1. Предложите план обследования.
2. Сформулируйте возможную тактику.

ЗАДАЧА 9

Пациент Б., 20 лет, обращение к психиатру по настоянию родителей. Себя больным не считает. Раннее развитие без особенностей. В младших классах школы имел хорошую успеваемость. В старших классах стал проводить за компьютером большую часть свободного времени. Компьютерные игры стали занимать доминирующее положение. Родители неоднократно пытались ограничить время, проводимое им за компьютером без заметного результата. После окончания школы поступил в ВУЗ, но продолжает играть целыми днями в компьютер, из-за чего страдает успеваемость.

1. Предложите план обследования.
2. Сформулируйте возможную тактику.

ЗАДАЧА 10

Пациент В., 16 лет, обращение к психиатру по настоянию родителей. Себя больным не считает. Раннее развитие без особенностей. В младших классах школы имел хорошую успеваемость. В старших классах успеваемость снизилась. Мать пациента неоднократно отмечала необычное поведение сына. После школы стал задерживаться без объяснения причин. Приходя домой сразу проходил в свою комнату. Ложился отдыхать днем, чего раньше не отмечалось. При разговорах с родителями часто становился медлительным, отвечал невпопад или молчал. В карманах одежды родители обнаружили пакетик с небольшим количеством порошка. Употребление психоактивных веществ категорически отрицал. Объяснял наличие пакетика обилием наркоманов вокруг, которые оставляют везде «закладки». Поэтому, обнаружив такую закладку, он решил взять пакетик, чтобы «от него не пострадали какие-нибудь дети». Родители отвели сына в наркологический диспансер, где он сдал тест анализ на опиаты и каннабиноиды. Результат отрицательный.

1. Предложите план обследования.
2. Сформулируйте возможную тактику.

ЗАДАЧА 11

Пациентка Г., 45 лет, обращение к психиатру самостоятельное. Работает врачом. После конфликта на работе и вынужденного увольнения стала чувствовать себя потерянной. Перестала спать. Самостоятельно назначила себе Алпразолам. Сон нормализовался. Нашла работу. Несколько месяцев продолжала принимать препарат, ощущая необходимость поддерживать в себе состояние спокойствия и уверенности. Около полугода принимает его каждый день. Несколько раз решала отказаться от приема Алпразолама, но не выдерживала даваемых себе обещаний. Отмечает, что необходимо принимать его в больших дозах, т.к. препарат уже «не тот что раньше», «слабее». Считает себя зависимой от алпразолама.

1. Предложите план обследования.
2. Сформулируйте возможную тактику.

ЗАДАЧА 12

В подъезде дома обнаружен 15-летний подросток, лежащий без сознания. При осмотре: дыхание угнетено, зрачки «точечные», не реагирует на болевые раздражители, брадикардия. В области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения и мелкие кровоизлияния в местах.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 13

Врач бригады скорой помощи фиксирует у пациента 23 лет тремор, расширение зрачков, насморк, частое чихание, кашель и обильное слезотечение. Пациент беспокоен, тревожен, пытается массировать мышцы конечностей, жалуется на тянущие боли в суставах конечностей, расстройство стула, бессонницу. При осмотре в области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 14

Больной Т. 35 лет находится в отделении психиатрической больницы с жалобами на ощущения шевеления, ползания червей под поверхностью кожи. При осмотре выявляются множественные расчесы в местах локализации болезненных ощущений. Со

слов родственников, больной в течение последнего года злоупотребляет наркотическими веществами.

1. Для какого вида зависимости типичны данные клинические проявления?
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 15

Больной 46 лет, автомеханик. Злоупотребляет алкоголем 20 лет. Около 15 лет опохмеляется, в последние 8 лет отмечаются запои до 5 дней. К настоящему времени перешел на суррогаты, крепленые вина. Изменился по характеру: перестал интересоваться работой, часто менял места работы, долго не удерживался, стал безразличным, холодным по отношению к детям, жене. Много лет конфликтные отношения с женой из-за злоупотребления алкоголем. В течение последних 3 лет стал замечать, что жена часто уходит из дома, «якобы проводит время с подружками, но на самом деле ходит в рестораны», изменила к нему отношение. Требовал объяснений, выяснял, где она была, если вовремя не приходила. Ответам жены не верил. Стал подозревать, что она ему изменяет, начал следить за ней. Дома возникали частые ссоры, доходящие до рукоприкладства, угрожал убить ее и «хахалю». Видел жену часто о чем-то думающей, заплаканной, что подтверждало его подозрения. Требовал от нее признаний, находил доказательства ее неверности – «кровать была измята»; на постельном белье находил подозрительные пятна. Во время ссор угрожал жене расправой. Дома на стене повесил топор в надежде запугать жену. В последнее время пришел к выводу, что изменяет ему со всеми сослуживцами. После того, как подал на развод, жена сообщила о его поведении в психиатрический диспансер.

Психический статус: ориентирован, Подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а поместили его в больницу жена и ее любовники, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На свиданиях с женой, если никто не наблюдает, требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 16

Больной 37 лет, автослесарь. С 20 лет злоупотребляет спиртным, появились запои по 5-7 дней. После одного из запоев, внезапно вечером услышал голоса соседей из-за стены, которые грозили убийством, ругали за пьянство, за вред, который причиняет семье. Утром голоса исчезли, но к вечеру возобновились вновь. По словам жены в это время стал возбужденным, испытывал страх, плакал. Была вызвана специализированная психиатрическая бригада.

При осмотре: ориентирован, уверяет, что он здоров. Слышит мужские и женские голоса, которые называют его пьяницей, развратником. Грозят смертельной казнью. Другие голоса защищают его, приглашают выпить. Испытывает страх, боится, что с ним расправятся.

После госпитализации и назначения терапии через день состояние больного стало улучшаться. Исчезли голоса, страх, появилась критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживал внушаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам.

Соматическое состояние – без грубой патологии.

Неврологически – тремор рук, повышенная рефлекторная возбудимость.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 17

Врач бригады скорой помощи фиксирует у пациента тремор, расширение зрачков, насморк, частое чихание, кашель и обильное слезотечение. Пациент беспокоен, тревожен, пытается массировать мышцы конечностей, жалуется на тянущие боли в суставах конечностей, расстройство стула, бессонницу. При осмотре в области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения и мелкие кровоизлияния в местах.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 18

В приемный покой наркологического стационара поступил больной Л., 38 лет. Накануне перед поступлением в стационар выпивал с родственниками. В ходе выпивки возникла ссора, был избит родственниками, терял сознание.

В отделение на вторые сутки у больного остро изменилось психическое состояние: окружающих называл вымышленными именами, говорил, что находится на работе, на месте не удерживался, постоянно стремился куда-то идти, инструкции выполнял с принуждением, видел вокруг себя множество мух, паутину, вспышки огня. Под влиянием лечения данное состояние было купировано.

В дальнейшем, находясь в отделении в течение месяца, оставался бестолковым, был несколько эйфоричен. Плохо ориентировался в обстановке, не находил своей палаты, своей постели, не узнавал врача. В то же время, точно указывал имена своих близких, правильно называл даты, рассказывал о своей работе. Был обследован невропатологом, без констатации неврологической симптоматики.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 19

Пациент 50 лет, с детских лет тихий и спокойный по характеру. После 8 класса начал выпивать под влиянием друзей по 200-250 мл вина. Иногда после этого отмечалась рвота. Хотя не испытывал от выпивок удовольствия, отказаться не мог опасаясь осуждения со стороны товарищей. После демобилизации работал на стройке и выпивал до 3-4 раз в месяц по 200-300 мл водки. Рвота после выпивок возникать перестала. В возрасте 24 лет женился и после этого в течение полугода не пил. Потом стал снова выпивать как прежде. Иногда на другой день не мог вспомнить отдельные моменты предшествующего вечера. Пытался воздерживаться от выпивок, давал обещания жене, но выпив одну стопку, не мог потом остановиться. Стал за день выпивать бутылку водки.

В пьяном виде становился грубым, раздражительным, конфликтным из-за чего стали нарушаться семейные взаимоотношения, имел замечания на работе. После семейных конфликтов были попытки воздерживаться от выпивок, которые длились всего 1-1,5 месяцев. В такие моменты чувствовал себя “как не в своей тарелке”. К вечеру “разгуливался” и долго не мог заснуть и рано потом пробуждался. Продолжал, таким образом, пить и обратился за медицинской помощью по настоянию жены.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.

ЗАДАЧА 20

Пациент, студент 1 курса технического вуза, описывает свое состояние после приема наркотиков: появляется ощущение мягкого теплого удара в голове, волосы «становятся дыбом, шевелятся», чувствует сердцебиение, повышается настроение с чувством доброты, любви к людям, что может сделать все для людей, психическим и физическим комфортом, при этом начинает заниматься перекладыванием книг.

1. Дайте квалификацию состояния.
2. Определите тактику вмешательств.