

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
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Специальность
31.08.20 Психиатрия

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Квалификация
Врач – психиатр

Составитель(ли):

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность
1.	Костин Алексей Константинович	кандидат медицинских наук	Научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья

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).

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПСИХИАТРИЯ**

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Оценочные средства
Все темы дисциплины Психосоматические и соматопсихические расстройства	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Текущий контроль промежуточная аттестация	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Ситуационные (клинические задачи).

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы для текущего контроля, промежуточной аттестации

Раздел 1 Общая психосоматика

Основы психосоматики.

- Психосоматика, определение понятия, место психосоматических расстройств в современных классификациях. История изучения проблемы психосоматических взаимосвязей.
- Конверсионные симптомы, функциональные психосоматические синдромы, органические психосоматические болезни (психосоматозы).
- Психосоматические расстройства, связанные с эмоциональными реакциями и поведением.
- Патогенез психосоматических расстройств.
- Варианты развития психосоматических заболеваний. Психосоматический подход в медицине.

Основные концепции происхождения психосоматических расстройств.

- Исторические концепции происхождения психосоматического симптома.
- Биопсихосоциальные модели в психосоматике. Системно-теоретический подход в психосоматике.
- «Психосоматическая» семья и передача поведенческих паттернов по наследству.

Основные методы клинико-психологической диагностики в психосоматической медицине.

- Мультиmodalность - как ведущий принцип клинико-психологической диагностики исследований в психосоматической медицине. Клинико-биографический метод.
- Принципы интервьюирования психосоматических пациентов, основные типы вопросов.
- Структурное интервью по Кернбергу. Мультиmodalный опросник жизненной истории (А. Лазарус).
- Схема выдвижения многомерных гипотез.
- Психологические тесты в психосоматической практике.

Раздел 2 Частная психосоматика.

Психосоматические заболевания

- Психосоматические аспекты сердечнососудистых заболеваний;
- Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- Психосоматические аспекты кожных и гинекологических заболеваний.
- Психосоматические взаимовлияния при болезнях органов дыхания;
- Психосоматические аспекты при эндокринных нарушениях;
- Психосоматические аспекты при нарушениях пищевого поведения.
- Основные клинические симптомы, психосоциальные факторы риска и личностные особенности больных.

Психосоматические влияния при тяжелых заболеваниях и в онтогенетическом аспекте

- Психосоматические влияния при тяжелых заболеваниях. Типичные реакции больных в экстремальных ситуациях.
- Боль в психосоматическом аспекте (хроническая боль в спине, головная боль, мигрень). Основные подходы к тяжело больным.
- Психосоматические симптомы и синдромы у детей. Многоосевая диагностика у детей и подростков.
- Характеристики уровней нарушения психики (невротический, пограничный, психотический).

Раздел 3 Терапия и реабилитация при психосоматических расстройствах
Психотерапевтические методы в работе с психосоматическим пациентом.
Реабилитация больных с психосоматическими нарушениями.

- Принципы терапии психосоматических заболеваний. Модель конфликта в позитивной психотерапии применительно к психосоматической медицине.
- Гипноз и другие трансовые методы в работе с пациентами с психосоматическими расстройствами.
- Психотерапевтические техники, используемые в соматической клинике: техники психосинтеза, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческие и телесно-ориентированные.
- Реабилитация, определение понятия. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации (1995 г.)», основные положения. Медицинская, профессиональная и социальная реабилитация.
- Основные принципы реабилитации. Этапы реабилитационного процесса. Психологическая реабилитация больных с психосоматическими нарушениями. Качество жизни, его особенности у больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Литература:

1. Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 296 с. (библиотека НИИ ПЗ).

Ситуационные задачи по разделу «Частная психопатология»
Тема «Соматоформные расстройства»

Задача № 1

33-летняя женщина, замужем. Явилась в клинику после того, как прочла в журнале статью об ипохондрии. На протяжении предшествующих десяти лет она подвергалась многочисленным медицинским обследованиям, так как полагала, что страдает сердечными приступами. В послеродовом периоде, при нагрузке, внезапно почувствовала учащенное сердцебиение, сильную колющую боль в груди и затруднение дыхания. Появились потливость и тремор, головокружение, неприятные ощущения в левой руке, страх смерти от сердечного приступа. Обратилась в скорую помощь, но никаких отклонений нормы выявлено не было. С тех пор подобные приступы продолжительностью 15–30 минут наблюдались около четырех раз в месяц. На протяжении более чем десяти лет часто обследовалась, убеждалась в том, что у нее нет болезни. Однако появился страх, что приступ может начаться, когда она будет находиться вне дома или в месте, где ей трудно будет получить помощь. Не расставалась с мобильным телефоном, что давало ей возможность при необходимости обратиться в скорую помощь. Избегала места большого скопления народа. Приступы возникали только в ситуациях, которых больная больше всего боялась. Поняла, что ее симптомы и попытки избежать их являются необоснованными и чрезмерными. Отмечала снижение настроения, беспокойство и стала плохо спать. При осмотре: выглядит скорее напряженной, говорит быстро. Описывает свои жалобы живо и спонтанно. Какие-либо психотические симптомы отсутствуют.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 2.

Больная Р., 25 лет, не работает. В детстве была капризной, избалованной. В школе училась хорошо, учителя часто хвалили, привыкла быть «на виду». Любила художественную литературу, вживалась в образы героинь, могла часами пребывать в «фантазиях и мечтах». Несколько месяцев назад после незначительной семейной ссоры с мужем появился «резчайший сердечный приступ», ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Приступ сопровождался «нервным плачем», долго не могла успокоиться, металась по кровати, боялась надвигающейся смерти, прощалась с родными. В последующем воображение неоднократно рисовало картину пережитого приступа, опасалась его повторения, при резких эмоциональных встрясках возникали «в смягченной форме перебои и сердцебиение». Затем однажды ночью проснулась, обнаружила отсутствие мужа, который задержался на работе. Сразу возникло предчувствие какого-то несчастья, ярко представляла себе «картины гибели мужа, его тело в морге». Появилась «резкая дурнота», спазм в горле, затем икота, сопровождавшаяся сердцебиением. Увидев вернувшегося мужа, быстро успокоилась. В дальнейшем икота появлялась в присутствии близких, усиливалась при волнении. Добилась, чтобы муж сменил работу, чаще бывал дома. Психическое состояние: взволнована беседой, громко икает, руки трясутся. Постепенно успокаивается, доверительно рассказывает о своих переживаниях. Красочно описывает возникающие при волнении «боли в сердце», мучительное «спирание в горле», «нехватку воздуха, обмирание тела, похолодание рук и ног». В присутствии мужа держится капризно, отворачивается от него, считает его «виновником» возникшего тяжелого состояния. Квалифицировать состояние.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендованное лечение.

Задача № 3.

Больная Р., 48 лет, работница. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет закатывала глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохраненными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10–15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.

2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 4.

Больной Я., 52 года, инженер. В кабинет вошел быстрым шагом, с решительным выражением лица. Без приглашения сел и сразу же приступил к рассказу о болезни, взяв в свои руки инициативу разговора. Жалуется на неприятные ощущения (но не боли!) в затылке, иногда чувствует, будто бы в голове у него что-то «переливается». Из рассказа больного выяснилось, что первые признаки заболевания он заметил у себя два года назад. За этот период времени он обследовался у многих врачей, которые не находили у него заболевания или обнаруживали незначительные болезненные расстройства (легкие явления шейного остеохондроза). Неоднократно был на консультации у профессоров, ездил в Москву. Убежден в том, что у него какое-то тяжелое заболевание, нераспознанное врачами, возможно — опухоль мозга. Все возражения, ссылки на многочисленные отрицательные данные анализов, консультации высококвалифицированных специалистов тут же парирует, приводя выдержки из медицинских учебников и монографий с описанием картин заболеваний, «подобных» его болезни. Вспоминает также, что некоторые врачи, у которых больной консультировался, хотя и не ставили диагноз опухоли, но высказывались по этому поводу осторожно, будто бы что-то скрывая. Вспоминает многочисленные случаи, когда врачи не распознали своевременно тяжелое заболевание, а поставили диагноз болезни лишь тогда, когда помочь больному было уже невозможно. Говорит обо всем этом возбужденно, перебивает врача, приводит все новые и новые подробности, касающиеся его «болезни». Разговор с больным занял более часа, несмотря на неоднократные деликатные замечания врача о том, что его ждут другие больные.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 5.

Больная Х., 32 года, работница завода. По характеру вспыльчивая, упрямая, деспотичная, очень мнительная («прыщик на руке вскочит — бегу к врачу, не экзема ли это!»). В анамнезе — гинекологическое заболевание, по поводу которого долго лечилась у специалистов. Однажды, в связи со случайным загрязнением наружных половых органов у больной появилась мысль, что она заразилась сифилисом. Стала ощущать боли во всем теле, ломоту. Казалось, что язык разлагается, нос гниет, на коже появляются красные пятна, которые можно разглядеть лишь «очень острым глазом». Читала руководство по венерическим болезням и нашла у себя все симптомы сифилиса. Врач-венеролог тщательно обследовал больную и категорически отверг этот диагноз. Тогда больная решила, что у нее «латентный сифилис». Сообщила об этом всем своим друзьям — «чтобы не заразить их». Отделилась от мужа, часами кипятила свое белье и посуду. Все попытки разубедить больную оставались тщетными. Больная абсолютно уверена в своей «болезни» и намерена покончить жизнь самоубийством. Все возражения врача и родственников по поводу несостоятельности ее подозрений больная отбрасывает, даже не стараясь вникнуть в их смысл.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.

2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Патологическое (ипохондрическое) развитие личности

Задача № 6.

Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев не работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущений во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвется. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь стынет в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больных патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьезное заболевание.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 7.

Рядовой Н., 19 лет, водитель. В Афганистане неоднократно участвовал в боевых операциях. Однажды ночью спал в кабине автомобиля. Проснулся от стрельбы — на лагерь напали. Отчетливо видел врагов вблизи. Выскочил из машины, вступил в бой рядом с сослуживцами. Атака была отбита, после чего снова лег спать. Проснувшись через полтора часа, обнаружил, что не может закрывать глаза, открывать рот, стоять и ходить, несмотря на сохранность движений в ногах. Доставлен в Кабульский военный госпиталь. При поступлении: лицо амимичное, речь дизартричная. Во время разговора придерживает пальцем нижнюю челюсть. Не может поднять брови, оскалить зубы, полностью закрыть веки. Походка шаткая, с чрезмерным сгибанием ног в коленях. Самостоятельно присесть не способен. В беседу вступает охотно. Слегка экзальтирован, фиксирован на военных переживаниях. Просит скорее вылечить его, поскольку срок службы истек. Осмотр невропатолога — данных за органическое поражение нервной системы не имеется. Путем психотерапевтической суггестии симптоматика полностью купирована.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 8.

Больной К., 40 лет, экономист. Больной рос слабым, мнительным, нервным ребенком. Увлекался музыкой. С 18 лет занимался онанизмом. В 27 лет при попытке к половой жизни обнаружил у себя импотенцию. Это его обеспокоило. Появились боли в области сердца, сердцебиения. Много лечился, имелось улучшение, но, испытывая страх перед половым актом, оставался холостым. После смерти отца от рака кишечника у

больного появились опасения, что по наследству ему передан рак желудка. Вскоре почувствовал боли в животе. Обратился за помощью к врачу. 3 месяца был поглощен своими болезненными ощущениями. Под влиянием психотерапевтического лечения наступило улучшение, однако страх заболеть раком оставался. Через 3 года заболевает острым колитом. Был очень встревожен этим: «Это у меня рак желудка и кишечника». Стал снова ощущать перебои сердца, искал помощи. Прекратил работу. В течение 2 месяцев состояние ухудшилось, испытывал боли во всем теле, в области половых органов. Считал, что и они поражены раком. Уверял, что желудок и кишечник его не действуют, требовал поставить клизму, немедленно сделать операцию. Окончательно впал в уныние, когда появилось повышение температуры. В таком состоянии помещен в психиатрическую больницу. В больнице тревожен, боится смерти, беспокоит сердце, старается лежать в постели, требует постоянно врача, лекарств, чтобы пища ему подавалась в постель и т. п. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 9.

Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. Очень мнительна. Постоянно сомневается в правильности поставленного диагноза, в грамотности назначенного лечения. Читает много специальной литературы, проявляет выраженный интерес к результатам анализов и обследований. Требуется все новых и новых консультаций. Беспокоится из-за возможных осложнений. Считает, что у нее рак желудка. Тревожна, подавлена.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 10.

Больная 42 лет поступила в неврологическое отделение с жалобами на внезапную потерю чувствительности в нижних конечностях возникшую сразу после скандала с мужем. Считает себя тяжело больной и нуждающейся в постороннем уходе. В течение полугода муж настаивает на разводе и встречается с другой, более молодой женщиной. Находится в ясном сознании, объективное неврологическое исследование не выявило органических нарушений нервной системы. Назначенное лечение получает аккуратно, довольна, что муж два раза в день навещает ее и озабочен состоянием ее здоровья. После консультации заведующего неврологическим отделением принято решение о переводе больной в отделение неврозов.

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Задача № 11.

Больная 30 лет обратилась в очередной раз к терапевту с жалобами на внутреннее беспокойство, нарушенный сон и сниженное настроение, быструю истощаемость внимания и трудность сосредоточения. Кроме того, ее беспокоят неприятные ощущения в области сердца, затрудненное дыхание, отрыжка и ком в горле, ощущения покалывания в языке, кончиках пальцев рук и ног. В поликлинику обращается регулярно, 1-2 раза в неделю. Многочисленные и разнообразные обследования различных органов и систем не обнаруживали каких либо тканевых изменений в органах и системах. Врач относил пациентку в категорию «трудных больных» и испытывала при этом определенную беспомощность.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

Ответы к ситуационным задачам: «Соматоформные расстройства»

Задача №1

- 1 Тревножно-фобические (кардиофобия, агорафобия, приступы тревоги), психовегетативные симптомы, ипохондрическая, агрипническая симптоматика.
- 2 Тревножно-фобический, психовегетативный синдромы.
- 3 Другие смешанные тревожные расстройства
- 4 Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности. Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.
- 5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейрорептики (тералиджен, эглонил, хлорпротиксен), транквилизаторы. Когнитивно-бихевиоральная, семейная психотерапия.

Задача №2

- 1 Истерическая, психовегетативная, конверсионная симптоматика. Манипулятивное поведение.
- 2 Психовегетативный, конверсионный синдромы.
- 3 Диссоциативное расстройство (Истерический невроз)
- 4 Истерические черты личности (экспрессивный вариант реагирования). Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.
- 5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейрорептики (тералиджен, эглонил, аминазин), транквилизаторы. Когнитивно-бихевиоральная, семейная психотерапия.

Задача №3

- 1 Истерическая, психовегетативная, конверсионная (астазия-абазия, конверсионные припадки), агрипническая симптоматика. Манипулятивное поведение.
- 2 Психовегетативный, конверсионный синдромы.
- 3 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (Истерический невроз)
- 4 Истерические черты личности (экспрессивный вариант реагирования). Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.
- 5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейрорептики (тералиджен, эглонил, аминазин), транквилизаторы. Когнитивно-бихевиоральная, гипнотическая психотерапия.

Задача №4

- 1 Ипохондрическая (сверхценная), психовегетативная симптоматика.
- 2 Ипохондрический, психовегетативный синдромы.

3 Ипохондрическое расстройство (Ипохондрическое патохарактерологическое развитие личности).

4 Личность с преобладанием истеро-эпилептоидных, тревожных черт. Тотальная дезадаптация.

5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин, галоперидол, сероквель, рисперидон), транквилизаторы. Длительная когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Задача №5

1 Ипохондрическая (сверхценная), психовегетативная симптоматика.

2 Ипохондрический, психовегетативный синдромы.

3 Ипохондрическое расстройство (Ипохондрическое патохарактерологическое развитие личности). Необходима дифференциальная диагностика с эндогенным расстройством.

4 Личность с преобладанием истеро-эпилептоидных, тревожных черт, эгоцентризм. Тотальная дезадаптация.

5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин, галоперидол, сероквель, рисперидон), транквилизаторы. Длительная когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Задача №6

1 Астеническая, психовегетативная, сенестопатическая, агрипническая симптоматика, анорексия.

2 Психовегетативный, сенестопатический синдромы.

3 Недифференцированное соматоформное расстройство.

4 Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности.

Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.

5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин, галоперидол, сероквель, рисперидон), транквилизаторы. Длительная когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Задача №7.

1 Конверсионная симптоматика (астазия-абазия, дизартрия, мутизм).

2 Конверсионный синдром.

3 Диссоциативное расстройство (Истерический невроз)

4 Истерические черты личности (импресивный вариант реагирования). Острая боевая психогения.

5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (эглонил, аминазин), транквилизаторы. Когнитивно-биховиоральная, гипнотическая психотерапия.

Задача №8.

1 Тревножно-фобические (канцерофобия, танатофобия), психовегетативные симптомы, ипохондрическая(сверхценная) симптоматика. Манипулятивное поведение.

2 Тревножно-фобический, психовегетативный синдромы.

3 Ипохондрическое расстройство (Ипохондрическое патохарактерологическое развитие личности). Необходима дифференциальная диагностика с эндогенным расстройством.

4 Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности. Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.

5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин, галоперидол, сероквель, рисперидон), транквилизаторы. Длительная когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Задача №9

- 1 Тревожно-фобические (канцерофобия, танатофобия), психовегетативные симптомы, ипохондрическая (сверхценная) симптоматика.
- 2 Тревожно-фобический, психовегетативный синдромы.
- 3 Ипохондрическое расстройство (Ипохондрическое патохарактерологическое развитие личности).
- 4 Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности. Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация
- 5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин, галоперидол, сероквель, рисперидон), транквилизаторы. Длительная когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Задача №10

- 1 Истерическая, психовегетативная, конверсионная (астазия-абазия, анестезия), агрипническая симптоматика. Манипулятивное поведение.
- 2 Конверсионный синдром.
- 3 Диссоциативные расстройства движений и ощущений.
- 4 Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности. Семейная психогения.
- 5 Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, аминазин), транквилизаторы.

Задача №11

1. Тревожная, астеническая, психовегетативная, конверсионная, агрипническая симптоматика.
2. Тревожно-дистимический, психовегетативный синдромы.
3. Недифференцированное соматоформное расстройство.
4. Истерические, тревожно-мнительные, застревающие черты личности. Социальная, семейная, профессиональная дезадаптация.
5. Антидепрессанты (СИОЗС), нейролептики (тералиджен, эглонил, хлорпротиксен), транквилизаторы. Когнитивно-биховиоральная психотерапия.

Тема: «Тревожно-фобические расстройства».

Задача №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?

Задача №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.

Задача №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 встречающееся коморбидное тревожное расстройство.
- 4) назовите препараты выбора медикаментозного лечения данного заболевания.
- 5) укажите основные виды психотерапии.

Задача №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.

Задача №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?

Задача №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.

Задача №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?

Задача №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.

Задача №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 obsessions.
- 2) укажите компульсивные действия, если они есть в задаче.
- 3) могут ли быть при obsessivno-compulsivnom расстройстве навязчивые проявления без явных или скрытых ритуалов?
- 4) преморбидом какого заболевания является данное расстройство, учитывая возраст, сложность obsessions и личностные изменения?
- 5) какова медицинская тактика?

Задача №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 obsessions и compulsive ритуалов.
- 4) какой прогноз?
- 5) рекомендуемое лечение.

Ответы на задачи по теме: «Тревожно-фобические расстройства»

Задача №1

- 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.

Задача №2

- 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

Задача №3

- 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) бета-блокаторы, ингибиторы МАО
- 5) поведенческая и рациональная психотерапия

Задача №4

- 1) пароксизмальная психическая, соматическая тревога, 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, трициклические антидепрессанты.

Задача 5

- 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.

Задача №6

- 1) ГТР F-41.1
- 2) рекуррентное 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

Задача №7.

- 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 развитие зависимости - бензодиазепины

Задача №8_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

Задача №9

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, уточнение диагноза

Задача №10

1) навязчивые идеи, сомнения, obsessions, ритуалы, боязнь заражения сифилисом, obsessивно-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; нейролептическая терапия, терапия нарушения мышления