Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.02.2025 09:50:39
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
Т.А. Кравцова / _____ /
19 апреля 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.51 Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология** (код, наименование)
Уровень подготовки	Высшее образование - специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	12 Обеспечение безопасности (в сферах: психодиагностической и консультативной деятельности в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка; научных исследований)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	5,5 лет (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической психологии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 37.05.01 Клиническая психология, направленности 02 Здравоохранение в сферах: психодиагностическая, консультативная и психотерапевтическая, экспертная деятельность в процессе лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, поддержания здорового образа жизни среди населения, при работе с пациентами в рамках лечебно-восстановительного процесса и психолого-просветительской деятельности в рамках профилактических программ для здорового населения **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования.

Для получения оценки «зачтено» необходимо дать 70% правильных ответов на вопросы теста

4. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.

Приложение 1

Оценочные средства текущего контроля
Вопросы для тестирования

Тестовый контроль по теме «Последствия жестокого обращения с детьми»

Выберите правильные ответы:

1. Действия (или бездействие) родителей, воспитателей и других лиц, наносящие ущерб физическому или психическому здоровью ребёнка считается:

+а) жестоким обращением с детьми;
б) насилием;
в) негативным влиянием;
г) заботой о ребёнке.

2. Наиболее ЧАСТЫМ отдалённым последствием жестокого обращения является:

а) отсутствие мотивации на учёбу, профессию, труд, создание семьи;
б) уход из дома или детских учреждений, асоциальное поведение, употребление алкоголя или наркотиков;
в) дети, став взрослыми, жестоко обращаются с собственными детьми;
+г) верно а) и в).

3. Основной принцип 9 Декларации прав ребёнка свидетельствует:

а) о нарушении социализации ребёнка;
+б) о том, что ребёнок должен быть защищён от всех форм небрежного отношения, жестокости и эксплуатации;
в) о порождении безнадзорности и правонарушения несовершеннолетних;
г) о профилактике оказания негативного влияния на психическое развитие ребенка.

4. Актуальность профилактики жестокого обращения с детьми связана с:

а) потребностью в психологической помощи в связи с эмоциональными и поведенческими нарушениями у детей;
б) минимизацией негативного влияния жестокого обращения на психическое развитие ребенка, нарушение его социализации, порождение безнадзорности и правонарушения несовершеннолетних;
в) для предупреждения жестокого обращения с детьми в кровной семье;
+г) всё вышеперечисленное.

5. К факторам риска, способствующим жестокому обращению с детьми относятся:

а) беспомощность детей как жертв насилия, статус беженцев в результате межнациональных конфликтов,
психически не здоровые родители и другие члены семьи;
б) стрессы, ставшие следствием безработицы, финансовых трудностей, смерти или потери близкого человека, супружеских конфликтов, чрезмерной занятости взрослых;
в) низкий уровень образования и недостаточный профессионализм родителей; юные родители (17 лет и моложе) с неадекватными родительскими навыками;
+г) всё вышеперечисленное.

6. Особенности детей – жертв насилия:

+а) нежеланный ребенок в семье;
+б) наличие у ребенка физических и умственных недостатков, врожденные уродства;
+в) нарушения в поведении ребенка, включая гиперактивность и «трудность» ребенка;
+г) сходство с нелюбимым родственником, некогда близким человеком.

7. Особенности поведения ребенка, позволяющие заподозрить психическое насилие:

+а) нарушение сна, отсутствие аппетита, длительно сохраняющееся подавленное состояние;
+б) беспокойство, тревожность, агрессивность; склонность к уединению;
+в) неумение общаться, налаживать отношения с другими людьми, включая сверстников; плохая успеваемость;
+г) низкая самооценка; чрезмерная уступчивость, заискивающее, угодливое поведение; угрозы или попытка самоубийства.

8. Любая форма взаимоотношений, направленная на установление или удержание контроля силой над другим человеком является:

а) жестоким обращением с ребёнком;
+б) насилием;
в) негативным влиянием;
г) заботой о ребёнке.

9. Задержка в физическом, речевом развитии, задержка роста (у дошкольников и младших школьников), импульсивность, взрывчатость, вредные привычки (сосание пальцев, вырывание волос), злость, попытки совершения самоубийства, потеря смысла жизни, цели в жизни (у подростков), уступчивость, ночные кошмары, нарушения сна, страхи темноты, боязнь людей, их гнева; депрессии, печаль, беспомощность, безнадежность, заторможенность характерна для:

+а) для последствий физического воздействия на ребёнка;

+б) для последствий сексуального воздействия на ребёнка;

+в) при физическом насилии;

+г) при пренебрежении нуждами ребёнка.

10. Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие в возрасте до 3 лет:

+а) малоподвижность, безразличие к окружающему миру, боязнь физического контакта с взрослыми, реакция испуга на плач других детей, редкая улыбка и проявления радости, плаксивость, постоянное хныканье, замкнутость, печаль;

б) побеги из дома, криминальное или анти общественное поведение, употребление алкоголя, наркотиков, суицидальные попытки;

в) отсутствие сопротивления, примирение со случившимся, заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость; лживость, воровство, копирование поведения взрослых, агрессивность, жестокое отношение к животным, болезненное отношение к замечаниям, критике;

г) боязнь идти домой после школы, одиночество, отсутствие друзей, стремление скрыть причину повреждений и травм.

11. Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие в возрасте от 3 до 6 лет:

а) малоподвижность, безразличие к окружающему миру, боязнь физического контакта с взрослыми, реакция испуга на плач других детей, редкая улыбка и проявления радости, плаксивость, постоянное хныканье, замкнутость, печаль;

б) побеги из дома, криминальное или анти общественное поведение, употребление алкоголя, наркотиков, суицидальные попытки;

+в) отсутствие сопротивления, примирение со случившимся, заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость; лживость, воровство, копирование поведения взрослых, агрессивность, жестокое отношение к животным, болезненное отношение к замечаниям, критике;

г) боязнь идти домой после школы, одиночество, отсутствие друзей, стремление скрыть причину повреждений и травм.

12. Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие в младшем школьном возрасте:

а) малоподвижность, безразличие к окружающему миру, боязнь физического контакта с взрослыми, реакция испуга на плач других детей, редкая улыбка и проявления радости, плаксивость, постоянное хныканье, замкнутость, печаль;

б) побеги из дома, криминальное или антиобщественное поведение, употребление алкоголя, наркотиков, суицидальные попытки;

в) отсутствие сопротивления, примирение со случившимся, заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость; лживость, воровство, копирование поведения взрослых, агрессивность, жестокое отношение к животным, болезненное отношение к замечаниям, критике;

+г) боязнь идти домой после школы, одиночество, отсутствие друзей, стремление скрыть причину повреждений и травм.

13. Особенности психического состояния и поведения ребенка, позволяющие заподозрить физическое насилие в подростковом возрасте:

а) малоподвижность, безразличие к окружающему миру, боязнь физического контакта с взрослыми, реакция испуга на плач других детей, редкая улыбка и проявления радости, плаксивость, постоянное хныканье, замкнутость, печаль;

+б) побеги из дома, криминальное или антиобщественное поведение, употребление алкоголя, наркотиков, суицидальные попытки;

в) отсутствие сопротивления, примирение со случившимся, заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость; лживость, воровство, копирование поведения взрослых, агрессивность, жестокое отношение к животным, болезненное отношение к замечаниям, критике;

г) боязнь идти домой после школы, одиночество, отсутствие друзей, стремление скрыть причину повреждений и травм.

14. Особенности поведения родителей или попечителей, позволяющие заподозрить проявление жестокости по отношению к ребенку:
а) позднее обращение за медицинской помощью;
б) отсутствие обеспокоенности за судьбу воспитанника, невнимание к нему;
в) обвинение в травмах самого ребенка;
+г) противоречивые, путаные объяснения причин травм у ребенка и нежелание внести ясность в происшедшее.
15. Любой контакт или взаимодействие, в котором ребёнок сексуально стимулируется или используется для сексуальной стимуляции, вовлечение ребенка с его согласия либо без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу его функциональной незрелости или других причин в сексуальные действия с взрослыми с целью получения этими взрослыми удовлетворения или выгоды считается:
а) физическим воздействием на ребёнка;
+б) сексуальным воздействием на ребёнка;
в) психическим воздействием на ребёнка;
г) пренебрежением нуждами ребёнка.
16. Развращением считается не только собственно половой акт, но и:
+а) вуаеризм - подглядывание за ребенком в момент купания, переодевания, пребывания в туалете, а также принуждение его к раздеванию;
+б) эксгибиционизм – демонстрация обнаженных гениталий, груди, ягодиц перед ребенком;
+в) мастурбация со стороны ребенка или взрослого, обоюдная;
+г) сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию;
+д) домогательства со стороны взрослого, не соответствующие возрасту ребенка, демонстрация эротических материалов с целью его стимуляции;
17. Ребёнок обнаруживает странные (причудливые), слишком сложные или необычные познания или действия, может сексуально приставать к детям, подросткам, взрослым, может жаловаться на зуд, воспаление, боль в области гениталий и на физическое нездоровье встречается при:
а) физическом насилии;
б) при пренебрежении нуждами ребёнка;
+в) сексуальном насилии;
г) психическом насилии.
18. Сексуальное насилие подразумевают случаи сексуальных действий между подростками, если они совершаются с применением угрозы или физической силы, а также в том случае, если разница в возрасте насильника и жертвы составляет:
а) не менее года;
б) 5-6 лет;
+в) не менее 3 – 4 лет;
г) 1-2 года.
19. Особенности психического состояния и поведения детей, позволяющие заподозрить сексуальное насилие у детей дошкольного возраста:
а) низкая успеваемость, замкнутость, стремление к уединению, ухудшение отношений со сверстниками, несвойственное возрасту сексуально окрашенное поведение, стремление полностью закрыть тело одеждой, даже если в этом нет никакой необходимости;
+б) ночные страхи, кошмары, несвойственные характеру сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками, открытая мастурбация, несвойственные возрасту знания о сексуальной жизни, беспричинные нервно – психические расстройства;
в) депрессивное состояние, жалобы на боли в животе, побеги из дома или учреждений образования и воспитания, низкая самооценка, угрозы или попытки самоубийства, сексуализированное поведение;
г) употребление алкоголя и наркотиков, беспорядочные половые связи, проституция;
д) в) и г).
20. Особенности психического состояния и поведения детей, позволяющие заподозрить сексуальное насилие у детей младшего школьного возраста:
+а) низкая успеваемость, замкнутость, стремление к уединению, ухудшение отношений со сверстниками, несвойственное возрасту сексуально окрашенное поведение, стремление полностью закрыть тело одеждой, даже если в этом нет никакой необходимости;
б) ночные страхи, кошмары, несвойственные характеру сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками, открытая мастурбация, несвойственные возрасту знания о сексуальной жизни, беспричинные нервно – психические расстройства;

в) депрессивное состояние, жалобы на боли в животе, побеги из дома или учреждений образования и воспитания, низкая самооценка, угрозы или попытки самоубийства, сексуализированное поведение;
г) употребление алкоголя и наркотиков, беспорядочные половые связи, проституция;
д) в) и г).

21. Особенности психического состояния и поведения детей, позволяющие заподозрить сексуальное насилие у детей старшего школьного возраста, подростков:

а) низкая успеваемость, замкнутость, стремление к уединению, ухудшение отношений со сверстниками, несвойственное возрасту сексуально окрашенное поведение, стремление полностью закрыть тело одеждой, даже если в этом нет никакой необходимости;
б) ночные страхи, кошмары, несвойственные характеру сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками, открытая мастурбация, несвойственные возрасту знания о сексуальной жизни, беспричинные нервно – психические расстройства;
в) депрессивное состояние, жалобы на боли в животе, побеги из дома или учреждений образования и воспитания, низкая самооценка, угрозы или попытки самоубийства, сексуализированное поведение;
г) употребление алкоголя и наркотиков, беспорядочные половые связи, проституция;
+д) в) и г).

22. Обращение с детьми с детьми в виде: обвинения, оскорбления, угрозы в адрес ребёнка (брань, крики, внушение чувства страха) характерно для:

а) физического насилия;
б) пренебрежения нуждами ребёнка;
в) сексуального насилия;
+г) психического насилия.

23. Виды психического насилия:

+а) принижение его успехов, пренебрежительное, грубое обращение, унижающее его достоинство;
+б) отвержение ребёнка, подавление всякой воли ребёнка;
+в) длительное лишение ребёнка любви, нежности, заботы; принуждение к одиночеству;
+г) совершение в присутствии ребёнка насилия по отношению к супругу или другим детям;
+д) причинение боли домашним животным с целью запугать ребёнка.

24. Пренебрежение основным потребностями, невнимание к основным нуждам ребёнка в пище, одежде, медицинском обслуживании, присмотре характерно для:

а) физического насилия;
+б) пренебрежения нуждами ребёнка;
в) сексуального насилия;
г) психического насилия.

25. Причины жестокого обращения с детьми:

+а) нарушение привязанности, отсутствие позитивного отношения к ребёнку;
+б) недостаточность родительских компетенций в силу возраста;
+в) нехватка внутренних ресурсов семьи, чтобы справиться с внешними проблемами;
+г) семейные традиции (меня так воспитывали).

Приложение 2

Вопросы для собеседования

1. Патопсихологические синдромы: определение, назначение, дифференциальная диагностика.
2. Расстройства внимания: определение, симптомы, краткая характеристика. Оценка нарушений внимания и умственной работоспособности. Параметры оценки внимания и умственной работоспособности.
3. Нарушение динамического компонента внимания и умственной работоспособности: повышенная истощаемость, лабильность, инертность.
4. Нарушение мотивационного компонента внимания и умственной работоспособности: пресыщаемость, снижение психической активности (редукция энергетического потенциала). Что такое дефицит целенаправленности внимания и с чем он может быть связан?
5. Классификация расстройств памяти (количественные и качественные).
6. Расстройства восприятия: классификация, количественные и качественные нарушения ощущений, характеристика нарушений ощущений (виды, характеристика, расстройства).
7. Галлюцинации - восприятие без объекта (мнимое восприятие). Классификация галлюцинаций по анализаторам, по степени сложности, по условиям возникновения. Психосенсорные расстройства: классификация.
8. Расстройства мышления: определение, классификация нарушений мышления (продуктивные и непродуктивные).
9. Галлюцинаторно-бредовые синдромы: галлюциноз, параноялъный синдром, сверхценные идеи, параноидный синдром, парафренный синдром.
10. Классификация нарушений сознания. Синдром выключения сознания: оглушенность, кома, сопор. Синдром помрачения сознания: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания.
11. Расстройства интеллекта: олигофрения и деменция. Классификация олигофрений по степени выраженности: лёгкая, средняя, тяжёлая. Особые виды деменции: (шизофреническая, эпилептическая, психопатическая).
12. Эмоциональные расстройства: классификация по выраженности и длительности (аффект, настроение), по характеру (снижение, повышение, неустойчивость, качественные искажения.
13. Волевые нарушения: абулия, гипобулия, гипербулия, парабулия.
14. Расстройства влечений: ослабление, усиление, извращение.
15. Невротические синдромы: астенический, истерический, обсессивный. Определение, характеристики, классификация, диагностические критерии.
16. Ипохондрический синдром: клинические проявления и варианты.
17. Синдром нервной анорексии: определение, виды, динамика.
18. Общая схема написания психологического портрета.
19. Общая схема анализа результатов патопсихологического исследования.
20. Методики: «10 слов», «таблицы Шульте» (отыскивание чисел), «Корректурная проба», «счёт по Крепелину», «Отсчитывание»: назначение, проведение, интерпретация результатов.
21. Диагностика интеллекта: тест Равена, тест Векслера (осведомленность, понятливость, арифметический, сходство, повторение цифр, шифровка, недостающие детали, последовательные картинки, складывание фигур).
22. Тест «Пиктограмма»: как исследование мыслительной и мнестической деятельности. Фактор абстрактности: конкретные, атрибутивные, метафорические, геометрические, графические, грамматические символы. Фактор индивидуальной значимости: индивидуально-значимые персонифицированные, индивидуально-значимые образы-стимулы, выбранные формально. Фактор частоты выбора: стандартные, оригинальные. Адекватность /неадекватность. Прочие феномены.

23. Исследование мыслительной деятельности: тест «Классификация» (анализ и оценка тех или иных действий и высказываний пациента). О чём могут говорить: выделение очень дробных, чрезмерно детальных групп или одноименных групп, складывание одних групп чрезвычайно обобщенно или чрезмерно детально, разноплановость, причудливость рассуждений пациентов, невозможность найти общее понятие для обозначения группы, затруднения при объединении более сложных групп, придумывание причудливых, аграмматичных названий группам предметов?

24. Исследование мыслительной деятельности: тест «Исключение предметов (четвертый лишний)». О чём могут говорить: невозможность решить задачу, затруднения в более сложных пробах, конкретность мышления, невозможность мотивировать свои решения, невозможность сформулировать общее понятие для обозначения объединяемых предметов, производить обобщения по слабым, латентным признакам.

25. Тест «Исключение понятий». Для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов. Почему задачи № 5,6,7,10,11,12 являются сложными?

26. Исследование мыслительной деятельности: тест «Простые аналогии». О чём может свидетельствовать: невозможность усвоения заданий; без напоминания экспериментатора возвращение к правильному способу рассуждения, исправление ошибок; соскальзывание суждений на путь случайных, ненаправленных ассоциаций, не поддающееся коррекции, ошибки, как в трудных, так и в легких задачах; расплывчатость мышления? Почему задачи № 10,13,14,18,19 являются сложными?

27. Тест «Соотнесение метафор и фраз». Для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов.

28. Тест «Сравнение понятий». Для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов.

29. Рисованный апперцептивный тест (РАТ) Генри Мюрреея: цель, интерпретация, анализ потребностей, интенсивность проявления агрессии.

30. Тест Германа Роршаха: цель использования, оценка по содержанию, анализ материала, формальные характеристики, диагностические показатели.

31. Тест Рине Жиля. Определение, для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов.

32. Детский апперцептивный тест (Children’s Apperception Test – CAT). Для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов.

33. Тест руки Вагнера. Определение, для чего предназначен, проведение, интерпретация результатов.

34. Методика исследование Уровня притязаний. Предназначение, проведение, интерпретация результатов.

Примерная тематика рефератов:

1. Формы использования специальных психологических познаний в уголовном и гражданском процессах.
2. Виды комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.
3. Структура и этапы психодиагностической деятельности эксперта-психолога.
4. Этические принципы деятельности судебного эксперта-психолога.
5. Судебно-психологическая экспертиза индивидуально-психологических особенностей обвиняемого.
6. Судебно-психологическая экспертиза аффекта.
7. Судебно-психологическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого.
8. Судебно-психологическая экспертиза свидетеля.
9. Судебно-психологическая экспертиза потерпевшей по делу об изнасиловании.
10. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния лиц, окончивших жизнь самоубийством.
11. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.

12. Судебно-психологическая экспертиза определения психологического давления.

13. Судебно-психологическая экспертиза определения психологического воздействия.

14. Судебно-психологическая экспертиза определения специальных техник, воздействующих на психическую сферу человека.

15. Судебно-психологическая экспертиза рекламы.

Перечень ситуационных задач для дискуссии

Задача 1. Больная Г. 14 лет. ученица 8 класса. Всегда спокойная, застенчивая, за последнее время девочка стала вести себя дерзко и развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома, на улице подмигивала незнакомым молодым людям. В отделении психиатрической больницы держится в стороне от детей и подростков. Большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. Гиперсексуальна, в присутствии других детей и, особенно, мальчиков, ложится в кровать, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: "А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их видят все!" Себя называет "Вильгельмом-завоевателем по фамилии Перепрыжкин" Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того пытается выхватить пищу у других детей.

При беседе с врачом девочка неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не обеспокоена перерывом в учебе: "Ничего нет особенного. Перейду учиться в другую школу". При свидании с подругами не проявляет никакой радости".

Как Вы назовете этот психопатологический синдром?

1. *Гебефренический синдром.*
2. *Апатический синдром.*
3. *Кататоническое возбуждение.*

Обсуждение:

1. Гебефренический синдром **Верно**

Картина психических расстройств у больной Г. довольно многообразна. Отмечается безразличное отношение к родителям, к создавшейся ситуации, к перспективам на будущее, гиперсексуальность, злобность, недоступность больной контакту. На первый план все же выступает дурашливость. Больная гримасничает, нелепо смеется. В этом смехе девочки, в ее одинаковых танцах нет веселости, заразительности. Мимика оказывается несоответствующей характеру эмоций (парамимия). Для нас практически особенно важно выделить и подчеркнуть в картине заболевания именно черты дурашливости, так как они сигнализируют о чрезвычайной злокачественности течения болезни.

2. Апатический синдром неверно

Ваш ответ может быть признан правильным лишь отчасти. Действительно, у больной Г. имеются черты апатии в картине заболевания. Они проявляются в том, что девочка довольно безразлично относится к длительному пребыванию в психиатрическом стационаре, не пытаясь даже понять причину этого. У нее не осталось прежних привычек, привязанностей. С легкостью девочка решает оставить школу, в которой она училась с 1-го класса. Понижается волевая активность. Стремление к целенаправленной деятельности сменяется бессмысленным дурашливым поведением. Это последнее свойство видоизменяет картину апатического синдрома.

3. Кататоническое возбуждение неверно

При кататоническом возбуждении мы наблюдаем бессмысленные хаотические действия: больные хлопают в ладоши, плюются, внезапно нападают на окружающих и т.п. Характерными бывают такие симптомы как эхолалия, эхопраксия, негативизм, стереотипные движения. Речь бессвязная, разорванная. У больной Г. возбуждение не столь интенсивно, и на первый план выступают черты дурашливости, гиперсексуальности на фоне эмоционального безразличия. Бессмысленная дурашливость, гримасничание определяют в основном картину психических нарушений.

Задача 2. Больной Б., 28 лет. Преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня "врабатывается", голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к тему одежды: "Чувствую себя так. будто на мне власяница!" Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Как вы оцениваете описанные психопатологические проявления?

1. *Депрессивный синдром*
2. *Астенический синдром*

Обсуждение: ***Депрессивный синдром Верно***

Общий фон настроения у больного, может быть, и действительно несколько понижен. Об этом свидетельствует его склонность с пессимистической оценке своих перспектив на будущее. Однако при тщательном анализе описанной клинической картины вы убедитесь, что снижение настроения, тоска (дистимия) не является в данном случае ведущим симптомом. На первый план выступает не столько сниженное, сколько неустойчивость настроения, сентиментальность больного, его неспособность сдерживать проявления своих эмоций. Эти нарушения в сфере чувств сочетаются с жалобами на слабость, повышенную утомляемость, на чрезмерную чувствительность по отношению к внешним раздражителям. Такое сочетание неслучайно. Мы часто наблюдаем его при самых различных психических и соматических заболеваниях. Подобное закономерное и устойчивое сочетание симптома и образует синдром или состояние, картину болезни. О каком же синдроме здесь идет речь?

Астенический синдром **Неверно**

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Но во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У описанного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности, наряду с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия но отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой дистопии. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т.п. Благодаря этому у врача, наблюдавшего при том или ином

заболевании депрессивные, ипохондрические, навязчивые проявления, нередко по ассоциации сразу же возникает представление об их связи с астенией.

Задача3.

Больной Я, 52 лет, инженер. В кабинет вошел быстрым шагом, с решительным выражением лица. Не успев получить приглашение, 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 профессора, ездил в Москву Убежден в том. что у него какое-то тяжелое заболевание, нераспознанное врачами, возможно - опухонь мозга. Все возражения врача, ссылки на многочисленные отрицательные данные анализов, консультаций 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.

Заключение об "астено-ипохондрическом синдроме" совершенно неоправданно. У больного ***Я*.** вообще нет никаких астенических проявлений. Наоборот, он чрезвычайно стеничен. напорист, ипохондрические идеи несут на себе мощный эмоциональный заряд. Нет никаких признаков повышенной психической истощаемости. Однако энергия больного, его сила (стеничность) направлены в патологическое русло на отыскание "доказательств" якобы существующего тяжкого, неизлечимого заболевания.

Уместно также отметить, что заключение: астено-ипохондрический синдром - вообще не может служить диагнозом болезни. Это лишь констатация доминирующего синдрома, нозологическая же принадлежность болезни остается неясной.

О какой из форм ипохондрических идей идет речь у описанного больного?

1. *Ипохондрические навязчивые идеи.*
2. *Ипохондрические сверхценные идеи.*
3. *Ипохондрический бред.*

2. Ипохондрические свершенные идеи верно

Мысли об опухоли мозга у больного Я. возникают, по-видимому, в связи с реальными болезненными ощущениями в области затылка (у больного отмечаются симптомы шейного остеохондроза) и имеют реальное основание. "Доказательства" **в** пользу тяжкого заболевания, приводимые больным, также не нелепы (ссылки на сходные симптомы этого заболевания в медицинской литературе, возможность врачебной ошибки). Но в дальнейшем первоначально обоснованные опасения крайне гипертрофируются, мысль о болезни овладевает все существом больного. Внутренняя, эмоциональная убежденность в справедливости опасений не позволяет больному правильно оценить действительные факты, противоречащие его идее.

1.Ипохондрические навязчивые идеи неверно

Больного с навязчивыми идеями ипохондрического характера вообще не нужно убеждать **в** несостоятельности этих идей. Он сам обратится с просьбой к врачу помочь ему избавиться от мыслей о возможности заразиться инфекционной болезнью, заболеть раком и

т.п. Эти мысли навязываются больному, нарушают строй его психической деятельности, хотя он и убежден в их несообразности. В отличие от этого, больной Я. убежден **в** том, что он болен тяжелой болезнью, и пытается убедить в этом окружающих.

3. Ипохондрический бред неверно

Всякий бред, в том числе и ипохондрический, с самого начала своего развития представляет собой болезненно искаженную, патологическую переработку жизненных впечатлений и опыта больного. Поэтому содержание бреда в большинстве случаев представляется нелепым, оторванным от реального понимания действительных событий, грубо искажающим его. В отличие от этого у больного Я. ипохондрические идеи берут начало от реальных жизненных обстоятельств (болезненные ощущения в затылочной области, поверхностное знакомство с медицинской литературой, чувство недоверия по отношению к врачам) и ими же поддерживается.

Задача 4. Пример ипохондрических навязчивых идей.

Больная Ш. 32 года, преподаватель музыки. По характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания окружающих, в кругу друзей бывает веселой, считается "заводилой, но в семье раздражительна, неуживчива, ревнива.

Заболевание началось вскоре после вторых родов, проткавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками мужа расстроилась, плакала, с аффектацией говорила о своем нежелании жить. Одновременно возникла в уме мысль о том, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама испугалась этих мыслей, попыталась отогнать их, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к врачу-терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время больная успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели и тяжелых мучениях возникла вновь. На приеме у врача-психиатра волнуется, плачет, просит помочь ей. жалуется на навязчивые мысли о тяжелом заболевании, о смерти. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них. Боится "сойти с ума", на всю жизнь остаться в психиатрической больнице.

Задача 5. Пример больного с ипохондрическим бредом.

Больная Х., 32 лет, работница завода. По характеру вспыльчива, 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.

Задача 6. Больной С. 42 лет, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Но с этого времени больного стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда больной находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объясняет это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытка отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем С. прибегал на завод и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял он исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на завод больной переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем больной несколько раз с большим риском для жизни проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило больного обратиться к врачу, и он был помещен в психиатрический стационар.

К какой из следующих форм психической патологии отнести описанную картину заболевания?

1. *Синдром навязчивости*
2. *Бред.*
3. *Сверхценная идея*

3. Синдром навязчивости (обсессии) **Верно**

Налицо все особенности синдрома навязчивости: стойкость и постоянство определенных мыслей, страхов, опасений, с которыми больной находится в непрерывной борьбе и необоснованность которых он прекрасно понимает. Эти мысли и страхи навязываются больному, имеют насильственный характер. Они сопровождаются соответствующими ритуалами, к которым следует отнести рискованные поступки больного, когда он проходил под вагоном движущегося поезда, понимая при этом бессмысленность такого действия.

1. Бред **Неверно**

Бредовая идея - это ложное суждение, неподдающееся никакой коррекции. Нельзя убедить больного, высказывающего бредовую мысль о том, что она неправильна. Наш больной не нуждается в разубеждении. Он сам прекрасно понимает необоснованность своих страхов, опасений и нелепость связанного с ними поведения.

2. Свехценная идея **Неверно**

В чем причина вашей ошибки? Вы, вероятно, основывались на том, что возникновение у больного страха внезапной смерти, а затем мысли о возможной аварии на работе связано с действительными фактами, оказавшими сильное влияние на эмоциональную сферу больного (служебные неприятности, какой-то приступ с болями в области сердца, предположение врача о тяжелом сердечном заболевании). Однако в случае сверхценной ипохондрической идеи больной не допускает сомнений в том, что он болен каким-то тяжелым заболеванием и что ему угрожает большая опасность. Больной понимает, что никакая непосредственная опасность не угрожает его здоровью, но не может избавиться от своего страха. Разница здесь большая.

Задача 7. Больной К, 28 лет, шофер. О своей болезни рассказывает следующим образом. С детства я был какой-то чудной. Ребята меня не уважали, а я их боялся. Вообще я всего боялся. Когда учился в младших классах школы, все казалось, что мать у меня умрет. Вот если я успею сосчитать до 10 пока мать наливает чай в чашку, то будет жива, а если нет - умрет. В школу шел - все боялся, что на меня чужие мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь - это как бы означало, что я иду с мирными намерениями и драться не хочу. В школе все ребята сидят, слушают учителя, а я о какой-то ерунде думаю. Например: что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка. Отгоню эти мысли, стану слушать учителя, а потом незаметно опять отвлекусь. Из-за этого трудно было учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу кончил, в армии служил. Там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично. Дома жена из-за этого ругается. На работе нужно машину отремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно такой случай был, что стыдно рассказывать. Поехал я жестким поездом к себе на дачу. По дороге на станции вышел, забежал в туалет. Вижу - в унитазе две спички лежат. Стал выходить из туалета, а меня вдруг что-то ударило: вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть было противно, а уйти не могу. Стало даже сердце биться, весь вспотел. Все-таки не удержался, рукой залез в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел.

Как можно оценить описанные психопатологические проявления?

Почему мы относим психические расстройства у больного К. к категории навязчивых явлений?

1. Мысли и страхи, одолевающие больного в большинстве пустые и бессмысленные. Ничем не обоснованы мысли о возможной смерти матери, не имеют никакого смысла рассуждения об оценках, стремление симметрично раскладывать предметы.
2. Болезненные мысли и чувства больного отличаются непреодолимым постоянством на протяжении длительного времени.
3. Эти мысли назойливо навязываются больному помимо и против его воли, хотя больной ощущает их как результат своего собственного мышления. Этим они отличаются от ассоциативных автоматизмов при синдроме Кандинского - Клерамбо.
4. Больной способен критически оценить неправильность и ненужность навязывающихся мыслей и страхов и ведет с ними постоянную, хотя т довольно безуспешную борьбу.

Нужно все же отметить, что критическое отношение больного к своим навязчивым мыслям и страхам не всегда бывает полным. Вряд ли, например, можно утверждать, что у больного К. была полная убежденность в нелепости его мыслей о смерти матери. Неполная критика к навязчивым расстройствам характерна для детей и подростков в силу недостаточного развития у них способности к аналитическому логическому мышлению.

О каких типах навязчивых явлений рассказал К.? Во-первых, речь идет о навязчивых страхах (фобии). Сюда относится страх остаться без матери, постоянные опасения подвергнуться нападению со стороны сверстников. Во-вторых, навязчивые мудрствования (пустые, ненужные рассуждения об оценках). В-третьих, навязчивые влечения, выражающиеся в стремлении больного симметрично раскладывать предметы.

Задача 8. Больной Г., 39 лет, инвалид 2 группы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз; приступы болезни сходны, по типу "клише". При поступлении в стационар контакту почти недоступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через три недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: "Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно - словно летают по

воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были шупальцы, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель - и сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это - как во сне".

Как можно оценить описанные психопатологические проявления?

1. Онейроидный синдром **Верно**

Обращает на себя внимание острый характер приступа болезни, на высоте которого возникает сновидное нарушение сознания с фантастическими переживаниями. У больного Г. имеются яркие зрительные псевдогаллюцинации фантастического характера (он образно "представляет" себе сказочные города, фантастические события и сам является их участником). Имеются парэйдолические иллюзии: цветы кажутся марсианскими растениями, у врача вместо рук - щупальцы. Эти сновидные переживания заполняют сознание больного. При этом, однако, сохраняется ориентировка в окружающем - больной понимает, что он находится в больнице, узнает врача. Поэтому такой онейроид называют ориентированным.

2. Парафренный синдром **Неверно**

Поводом к ошибке, вероятно, послужило то обстоятельства, что в данном описании у больного Г. представлен фантастический бред, характерный для парафренного синдрома. Но обратите внимание на тот факт, что картина заболевания здесь еще более сложна. Помимо фантастического бреда, она включает нарушение сознания по сновидному типу. Можно сказать, что больной видит наяву причудливые сновидения. Реальная обстановка представляется ему иллюзорно, сознание заполнено грезоподобными фантазиями, воображаемыми событиями, участником которых становится сам больной. Это обстоятельство делает возможным отграничение описанного состояния от сходной с ним фантастической парафрении.

Задача 9. Больная С, 25 лет, счетовод. В течение 3 недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Одинока, ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку. Временами без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание больной удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как от сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удается выяснить, что больная не знает, где она находится, потеряла счет времени. Видит перед глазами людей в белой, красной одежде, которые говорят что-то непонятное. К концу 3-1 недели состояние больной значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомашины с зажженными фарами. Вокруг - домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба их человеческих голов. Труда превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, но было очень интересно. Больная помнит обо всем пережитом, но все вспоминается, как сон - виденного так много, что "всего не перескажешь".

Как можно оценить описанные психопатологические проявления?

3. Онейроидный синдром **Верно**

Описанное состояние у больной С. явно сновидное, грезоподобное. Образно говоря, это - сновидение наяву, фантастические грезы, целиком овладевающие сознанием больной. Эта отрешенность от реального мира, уход в мир фантастических внутренних переживании отражается и в поведении больной, в выражении ее лица. Последнее нужно особенно

подчеркнуть, так как выявление онейроидных переживаний в остром периоде психоза часто бывает затруднительно в связи с недоступностью больных контакту.

1. Синдром Кандинского-Клерамбо

Нужно заметить, что известное сходство с синдромом Кандинского-Клерамбо в данном случае определяется обильными зрительными псевдогаллюцинациями на высоте приступа болезни. Все это время больная жила в мире ярких фантастических представлений, которые развертывались в ее голове, оттесняя мир реальных вещей. Но, в отличие от синдрома психического автоматизма, у больной С. эти зримые представления не казались ей навязанными извне, насильственно вложенными в ее голову. Не было здесь и явлений открытости мыслей, моторного и сенестопатического автоматизма, бредовых идей воздействия.

2. Состояние оглушенности **Неверно**

Внешний вид больной на высоте заболевания, ее отрешенность, затруднения в концентрации активного внимания, малоподвижность, нарушение ориентировки в месте и времени, действительно, могут заставить врача подумать о состоянии оглушения. Но если при последнем содержание сознания обеднено, мыслей и представлений мало, то у больной С. сознание заполнено богатым фантастическим содержанием, что обнаруживается после завершения острого периода болезни. Такое богатство образов, представлений полностью исключает предположение об оглушении сознания.

Задача 10. Больной В., 37 лет, слесарь. Три дня назад появилась непонятная тревога, беспокойство. Казалось, что его комната наполнена народом, какие-то люди из-за стены кричат, угрожают убить, зовут "пойти выпить". Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки, слышал стук в окно, крики о помощи. В чрезвычайном страхе выбежал из дома и бросился в отделение милиции, спасаясь от преследования. Оттуда и был доставлен в психиатрическую больницу. В отделении возбужден, особенно в вечернее время, рвется к дверям, к окнам. При беседе внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой "кривляющиеся рожи", показывает на них пальцем, громко смеется.

Как можно оценить описанные психопатологические проявления?

Обсуждение: 3. Делирий **Верно**

В приведенном описании не раскрываются многие признаки, характеризующие помрачение сознания. В частности, ничего не говорится о способности больного ориентироваться в месте, времени, в собственной личности. Мы не знаем также, наступила ли у больного в последующем амнезия всего пережитого в период болезни. Но все же мы можем сказать, что у больного имеется помрачение сознания в форме делирия. В пользу этого говорит обильный наплыв галлюцинаций, преимущественно зрительных. Восприятие реальных событий оттесняется яркими галлюцинаторными образами на задний план. Галлюцинации сопровождаются чувственным бредом преследования. страхом, психомоторным возбуждением. Поведение больного целиком определяется его галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Действительные события воспринимаются и понимаются больным нечетно, фрагментарно. Характерно также усиление галлюцинаций и возбуждения в вечернее время.

Гебефрено-кататоничское возбуждение **Неверно**

Возбуждение у больных гебефрено-кататоников возбуждение характеризуется хаотичностью, бессмысленностью, дурашливой веселостью, напоминающей детскую шаловливость. У больного В. на первый план выступают яркие галлюцинаторные переживания. Преобладают истинные зрительные галлюцинации, тогда как при гебефрено-кататоническом возбуждении характерными бывают слуховые (вербальные) истинные или.

чаще, псевдогаллюцинации. У больного В. отсутствуют также кататонические симптомы, такие как негативизм, импульсивные действия, разорванность мышления с неологизмами, эхолалией и др.

2. Онейроидный синдром **Неверно**

Онейроид - это сновидное помрачение сознания с обильными фантастическими зрительными псевдогаллюцинациями, носящими характер образных представлений. Так же, как и при сновидении у здорового человека, при онейроидном расстройстве сознания больной чувствует себя участником кажущихся событий. Погруженный в мир фантастических переживаний, больной в онейроидном состоянии редко бывает возбужден; гораздо чаще он бывает заторможен, молчалив, одинок.

В отличие от этого, больной В. возбужден, полон страха, пытается спастись от мнимого преследования. Зрительные галлюцинации у него "страшные", пугающие, но они сравнительно просты, возникают на фоне реального восприятия окружающей обстановки. Здесь нет характерной для онейроида смены грезоподобных сценических образов, развертывающихся в сознании больного. Больной В. испытывает галлюцинаторные переживания, но он не чувствует себя непосредственным участником происходящих событий, он скорее зритель, но зритель волнующийся, верящий в реальность всего происходящего на сцене.

Задача 11. Больная Ш. 32 года, преподаватель музыки. По характеру впечатлительная, мнительная, капризная. Любит быть в центре внимания окружающих, в кругу друзей бывает веселой, считается "заводилой, но в семье раздражительна, неуживчива, ревнива. Заболевание началось вскоре после вторых родов, проткавших тяжело, с осложнениями. Уход за ребенком отнимал много сил. После ссоры с родственниками мужа расстроилась, плакала, с аффектацией говорила о своем нежелании жить. Одновременно возникла в уме мысль о том, что она больна раком. Ярко и образно представила у себя в животе опухоль, которая распространяется на внутренние органы, распадается, образуя язвы. Сама испугалась этих мыслей, попыталась отогнать их, но они продолжали навязчиво преследовать больную, вызывая тревогу и страх. Обратилась к врачу-терапевту, который не нашел каких-либо заболеваний внутренних органов. На некоторое время больная успокоилась, но вскоре мысль о возможности гибели и тяжелых мучениях возникла вновь. На приеме у врача-психиатра волнуется, плачет, просит помочь ей, жалуется на навязчивые мысли о тяжелом заболевании, о смерти. Понимает безосновательность своих опасений, но не может избавиться от них. Боится "сойти с ума", на всю жизнь остаться в психиатрической больнице.

Пример ипохондрических навязчивых идей

Задача 12. Больной С. 37 лет, научный работник. Пришел на амбулаторный прием к врачу-психиатру. Свой разговор с врачом начал с просьбы не считать его психически больным в собственном смысле этого слова: он сознательный человек, успешно трудится, заканчивает диссертацию. Однако за последние месяцы он стал замечать у себя постоянно угнетенное настроение. Тоски, собственно, нет. Скорее это чувство усталости, безволие, недовольство самим собой. "Хотелось бы уехать, куда глаза глядят, все бросить". Раньше был весь захвачен работой, хотелось скорее закончить диссертацию, чтобы перейти к другим делам, а теперь нет прежнего интереса. Из-за этого стал быстро утомляться, появилась рассеянность, мысли не концентрируются, а ускользают, "разбегаются по всем направления". Не вызывают прежнего интереса и чтение художественной литературы, кинофильмы, театр. Все кажется серым, будничным и как будто бы давно знакомым.

Рассказывая об этом, больной иронизирует, называет себя нытиком, ипохондриком - "видно я уж ни что больше не гожусь!" Однако за этими высказываниями чувствуется невольное и, видимо, неосознанное желание услышать от врача противоположное мнение. Во всяком случае, уверения врача в полной сохранности его умственных и творческих способностей больной встречает внешне хотя и иронически, но с явным удовлетворением.

Точно так же за внешней шутливостью и иронией больной не может скрыть тревоги ха свое здоровье. При физическом, неврологическом обследовании он с пристальным вниманием следит за всеми действиями врача, пытаясь уловить в его тоне или выражении лица намек на наличие каких-либо серьезных симптомов заболевания. После психотерапевтической беседы больной ушел ободренным и успокоенным.

Как вы оцениваете описанное состояние?

1. *Астено-депрессивный синдром.*
2. *Ипохондрический синдром.*

1. *Астено-депрессивный синдром* Верно

В описанной картине болезни симптомы астении (чувство слабости, повышенная утомляемость, нарушение активного внимания, эмоциональная лабильность) сочетаются с понижением настроения. Характерно то. что глубина депрессии невелика. Для астено-депрессивного состояния характерна и другая особенность. При общей тенденции к снижению настроения оно все же постоянно колеблется и временами может выравниваться особенно под влиянием психотерапии. Не бывает при этом и отчетливой двигательной заторможенности, хотя вялость, снижение активности (гипобулия) относятся к постоянным признакам астено-депрессивного синдрома. Нередко при нем мы встречаемся и с выраженным эмоциональным слабодушием, плаксивостью. Но у описанного больного С. этот симптом не был выявлено.

2. *Ипохондрический синдром* Неверно

Вы, вероятно, фиксировали внимание на том, что больной С. обеспокоен своим состоянием, тревожится по поводу снижения своей трудоспособности, сам себя называет "ипохондриком, нытиком". Все это действительно создает некоторый "ипохондрический налет" в клинических проявлениях заболевания. Но ипохондричность здесь не выступает на первый план, она скорее является выражением общей тревожности, угнетенного настроения, пессимистического взгляда на вещи. Больной не только не убежден в наличии у него какого-то тяжелого заболевания, но склонен сам подшучивать над собой, над своими страхами и опасениями. Что же касается его высказываний относительно собственной несостоятельности, никчемности, то они вообще очень характерны для депрессивных состояний, особенно встречающихся при неврозах (невротическая депрессия). Говоря об этом, больной как бы подсознательно ожидает, что его будут разуверять.