Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 22.03.2024 14:42:53
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
_____ Кравцова Н. А
«19» июня 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.15 Судебно-психологическая экспертиза
основной образовательной программы
высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**37.05.01 Клиническая психология** (код, наименование)
Уровень подготовки	Высшее образование - специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	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)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	5,5 лет (нормативный срок обучения)
Кафедра	Клинической психологии

Владивосток – 2023

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 (уровень специалитета), 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

1. Что назначается при необходимости в проведении конкретных исследований с использованием специальных познаний в науке, технике, искусстве или ремесле:
+а) судебно-психологическая экспертиза;
б) диагностическое исследование;
в) консультация требуемого специалиста;
г) всё вышеперечисленное верно.

2. Кто может проводить судебно-психологическую экспертизу:
а) психолог, получивший высшее психологическое образование;
+б) психолог, получивший высшее психологическое образование и работающий по данной специальности;
в) психолог, с высшим психологическим образованием, имеющий тематическое усовершенствование по судебной психологии;
г) всё вышеперечисленное верно.

3. Что является основной формой использования специальных психологических познаний:
+а) судебно-психологическая и комплексная экспертиза;
б) совокупность сведений и навыков, которые не могут быть признаны общеизвестными;
в) экспертиза аффекта и экспертиза несовершеннолетних обвиняемых;
г) заключение специалиста.

4. Что относится к осознанному и целенаправленному предъявлению несуществующих признаков психических расстройств:
+а) симуляция;
б) аггравация;
в) метасимуляция;
г) сюрсимуляция.

5. Что относится к осознанному преувеличению незначительно выраженных психических изменений, особенно часто проявляющихся при экспериментально психологическом исследовании:
а) симуляция;
+б) аггравация;
в) метасимуляция;
г) сюрсимуляция.

6. Что относится к осознанному предъявлению психопатологической симптоматики когда-то перенесённого психического заболевания, которым к моменту исследования подэкспертный не страдает:
а) симуляция;
б) аггравация;
+в) метасимуляция;
г) сюрсимуляция.

7. Как называется ситуация, когда подэкспертный действительно страдает каким-либо психическим заболеванием, но при этом предъявляет картину другого, не свойственного ему, нарушенного психического заболевания:
а) симуляция;
б) аггравация;

в) метасимуляция;
+г) сюрсимуляция.

8. Что относится к сокрытию или утаиванию психически больным проявлений своего болезненного состояния, собственных психических расстройств:
а) симуляция;
б) аггравация;
в) метасимуляция;
+г) диссимуляция.

9. Самая главная особенность аффективного состояния:
а) нарушение сознательного волевого контроля собственных действий;
б) в полной мере осознание фактического характера и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководство ими;
в) способность понимать характер и значение совершаемых действий или оказывать сопротивление;
+г) психическое состояние подэкспертного лица, совершившее самоубийство.

10. Что относится ко второй фазе классического физиологического аффекта:
а) частичное сужение сознания и нарушение регуляции деятельности;
+б) «ощущение субъективной безысходности» из сложившийся ситуации, а также «субъективная внезапность» и субъективная неожиданность наступления аффективного взрыва;
в) психическая и физическая астения;
г) нарушение сознательного волевого контроля собственных действий.

11. Основная особенность обследования несовершеннолетних:
а) нарушение сознательного волевого контроля собственных действий;
б) в полной мере осознание фактического характера и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководство ими;
+в) способность понимать характер и значение совершаемых действий или оказывать сопротивление;
г) психическое состояние подэкспертного лица, совершившее самоубийство.

12. С какого возраста наступает уголовная ответственность за наиболее тяжкие преступления:
а) 18 лет;
б) 16 лет;
+в) 14 лет;
г) 12 лет.

13. Факторы, ограничивающие способность обвиняемого к осознанию и регуляции своего поведения:
+а) личностные, эмоциональные, факторы психического развития;
б) понимание внешнего и внутреннего содержания событий;
в) понимание социального значения событий;
г) всё вышеперечисленное верно.

14. Основной задачей экспертизы об изнасиловании является:
а) нарушение сознательного волевого контроля собственных действий;
б) осознание в полной мере фактического характера и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководство ими;
+в) способность понимать характер и значение совершаемых действий или оказывать сопротивление;

г) всё вышеперечисленное верно.

15. Что является предметом судебно-психологической экспертизы по факту самоубийства:
а) нарушение сознательного волевого контроля собственных действий;
б) в полной мере осознание фактического характера и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководство ими;
в) способность понимать характер и значение совершаемых действий или оказывать сопротивление;
+г) психическое состояние подэкспертного лица, совершившее самоубийство.

16. Что может служить объектом исследования эксперта-психолога:
+а) психическая деятельность подэкспертного лица в юридически значимых ситуациях;
б) закономерности и особенности протекания структуры психических процессов, имеющие юридическое значение и влекущие определённые правовые последствия;
в) психологические теоретические и психологические знания о закономерностях и особенностях протекания психической деятельности человека;
г) всё вышеперечисленное верно.

17. Для какого симптомокомплекса характерны следующие показатели: неадекватность ассоциаций с их формальностью, бессодержательностью, использование несущественных, маловероятных признаков объектов, некритичность мышления, резонёрства, разноплановость, соскальзывания на случайные ассоциации в суждениях, искажение толкования условного смысла:
+а) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией;
б) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного органическому поражению головного мозга;
в) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного психопатиям;
г) верно а) и в).

18. Для какого симптомокомплекса характерны следующие показатели: преобладание нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения, конкретность ассоциаций, непонимание условного смысла, трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений, обстоятельность суждений, инертность мыслительных действий, застревание на несущественных деталях:
а) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией;
+б) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного органическому поражению головного мозга;
в) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного психопатиям;
г) верно б) и в).

19. Для какого симптомокомплекса характерны следующие показатели: эмоциональная насыщенность ассоциаций (при их адекватности), аффективно обусловленное рассуждательства, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментарий, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев:
а) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией;
б) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного органическому поражению головного мозга;
+в) для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного психопатиям;
г) верно а) и в).

20. Что относится к глубине нарушений психической деятельности:

+а) уровень развития познавательной сферы, объём общих знаний, способность ориентироваться в практических, житейских ситуациях, степень обучаемости, уровень развития эмоционально-волевых структур;
б) выявление качественных особенностей регуляторных структур;
в) соотношение сохранных и патологических звеньев психической деятельности;
г) всё вышеперечисленное верно.

21. Что является конечной целью судебно-психологическое исследования:
+а) анализ регуляции поведения и деятельности подэкспертного лица;
б) формирование у человека конкретной мотивации;
в) решение проблемы нормы и патологии;
г) решение вопроса о моральном ущербе.

22. Что не включают основные этапы психодиагностического исследования:
а) психологический анализ индивидуально-психологических особенностей подэкспертного лица в юридически значимых ситуациях, по материалам уголовного дела;
+б) выделение предмета исследования;
в) уяснение фабулы уголовного дела;
г) определение методик для диагностики.

23. Что являют психологическим содержанием нравственных страданий индивида:
+а) негативные изменения психической деятельности;
б) фактические данные о негативных изменениях психической деятельности пострадавшего, наступивших в результате действий (бездействия) причинителя вреда, определяемые с помощью специальных психологических знаний;
в) все негативные последствия правонарушения, имеющие нематериальную природу;
г) психическая деятельность лица, претендующего на компенсацию морального вреда (пострадавшего) в юридически значимый период.

24. Что является предметом судебно-психологической экспертизы по делам о компенсации морального вреда:
а) негативные изменения психической деятельности;
+б) фактические данные о негативных изменениях психической деятельности пострадавшего, наступивших в результате действий (бездействия) причинителя вреда, определяемые с помощью специальных психологических знаний;
в) все негативные последствия правонарушения, имеющие нематериальную природу;
г) психическая деятельность лица, претендующего на компенсацию морального вреда (пострадавшего) в юридически значимый период.

25. Что является объектом судебно-психологической экспертизы по делам о компенсации морального вреда:
а) негативные изменения психической деятельности;
б) фактические данные о негативных изменениях психической деятельности пострадавшего, наступивших в результате действий (бездействия) причинителя вреда, определяемые с помощью специальных психологических знаний;
в) все негативные последствия правонарушения, имеющие нематериальную природу;
+г) психическая деятельность лица, претендующего на компенсацию морального вреда (пострадавшего) в юридически значимый период.

26. Нравственные страдания включают в себя:
а) негативные изменения психической деятельности;
б) фактические данные о негативных изменениях психической деятельности пострадавшего, наступивших в результате действий (бездействия) причинителя вреда, определяемые с помощью специальных психологических знаний;

+в) все негативные последствия правонарушения, имеющие нематериальную природу;
г) психическая деятельность лица, претендующего на компенсацию морального вреда (пострадавшего) в юридически значимый период.

27. Что входит в понятие моральный вред:
+а) физические страдания и нематериальный вред (т.е. нравственные страдания);
б) психологическая составляющая нравственных страданий;
в) физические травмы и физические заболевания;
г) всё вышеперечисленное верно.

28. Изменения качества жизни, изменения личности (неболезненные, не выходящие на уровень расстройства), уровня адаптации и др. входят в:
а) физические страдания и нематериальный вред (т.е. нравственные страдания);
+б) психологическую составляющую нравственных страданий;
в) физические травмы и физические заболевания;
г) всё вышеперечисленное верно.

29. В алгоритм экспертного исследования не включаются исследования:
а) физические страдания и нематериальный вред (т.е. нравственные страдания);
б) психологическую составляющую нравственных страданий;
+в) физических травм и физические заболевания;
г) всё вышеперечисленное верно.

30. Установление степени выраженности негативных изменений психической деятельности в связи с действиями (бездействием) причинителя является:
+а) общей задачей СПЭ по делам о компенсации морального вреда;
б) диагностической задачей эксперта;
в) каузальной задачей;
г) частной задачей СПЭ.

31. Установление изменений психической деятельности, произошедших из-за действий или бездействия причинителя вреда, нарушившего нематериальные, неимущественные или имущественные права личности, на основе изучения индивидуально-психологических особенностей, психического состояния пострадавшего, ситуации правонарушения и его последствий является:
а) общей задачей СПЭ по делам о компенсации морального вреда;
+б) диагностической задачей эксперта;
в) каузальной задачей;
г) частными задачами СПЭ.

32. Установление причинной связи (между фактом причинения вреда и изменениями в психической деятельности) является:
а) общей задачей СПЭ по делам о компенсации морального вреда;
б) диагностической задачей эксперта;
+в) каузальной задачей;
г) обязательной частной задачей СПЭ.

33. прогноз неблагоприятных изменений в психической деятельности подэкспертного не является:
а) общей задачей СПЭ по делам о компенсации морального вреда;
б) диагностической задачей эксперта;
в) каузальной задачей;
+г) обязательной частной задачей СПЭ.

34. В вопросы, которые не могут быть разрешены в ходе экспертизы определение морального вреда не входит:
а) каковы индивидуально-психологические особенности личности;
+б) каковы мотивы инкриминируемого деяния;
в) устанавливание только одной из составляющих морального вреда – «негативных изменений психической деятельности»;
г) к совместной компетенции психолога и психиатра.

35. Наиболее частый вопрос, поставленный в ходе экспертизы:
+а) каковы индивидуально-психологические особенности личности;
б) каковы мотивы инкриминируемого деяния;
в) устанавливание только одной из составляющих морального вреда – «негативных изменений психической деятельности»;
г) является компетенцией психолога и психиатра.

36. Пределами компетенции эксперта является:
а) каковы индивидуально-психологические особенности личности;
б) каковы мотивы инкриминируемого деяния;
+в) устанавливание только одной из составляющих морального вреда – «негативных изменений психической деятельности»;
г) совместная компетенция психолога и психиатра.

37. Если адаптация пострадавшего нарушена под воздействием патологических (болезненных) факторов, то исследование степени изменений психической деятельности, потенциальной способности пострадавшего противостоять стрессогенным воздействиям, изучение причинной связи обнаруженных изменений психики с внешними факторами относится:
а) каковы индивидуально-психологические особенности личности;
б) каковы мотивы инкриминируемого деяния;
в) устанавливание только одной из составляющих морального вреда – «негативных изменений психической деятельности»;
+г) к совместной компетенции психолога и психиатра.

38. Предметом психологической экспертизы не может быть:
+а) обстоятельства социально-нравственной природы, моральная оценка личности;
б) материальное положение;
в) размер морального вреда;
г) всё вышеперечисленное верно.

39. При определении морального вреда необходимо определение, касающееся:
а) обстоятельств социально-нравственной природы, моральная оценка личности;
+б) глубины нравственных страданий;
в) размер морального вреда;
г) всё вышеперечисленное верно.

40. По глубине и длительности изменений психической деятельности предлагается выделять следующие степени психического вреда:
+а) легкая, умеренная, тяжкая и особо тяжкая;
б) лёгкая, средняя, тяжёлая;
в) лёгкая и тяжёлая;
г) лёгкая, умеренно поверхностная, глубокая.

41. Наличие непатологического состояния, значительных изменений психической деятельности на не менее двух уровнях реагирования (психический, физиологический,

поведенческий, личностный), длительностью переживания или негативных изменений от одного до 6 месяцев характерно для:
а) легкой степени психического вреда;
+б) средней степени психического вреда;
в) тяжкой степени психического вреда;
г) особо тяжкой степени психического вреда.

42. Кратковременные психические состояния неболезненного уровня, незначительные (неглубокие) изменения психической деятельности, длительность которых исчисляется несколькими днями характерны для:
+а) легкой степени психического вреда;
б) средней степени психического вреда;
в) тяжкой степени психического вреда;
г) особо тяжкой степени психического вреда.

43. Значительные изменения психического состояния, переходящего в пограничное, длительностью более 6 месяцев, но обратимые, а также такие непатологические состояния, как личностный кризис характерны для:
а) легкой степени психического вреда;
б) средней степени психического вреда;
+в) тяжкой степени психического вреда;
г) особо тяжкой степени психического вреда.

44. Выраженные психические нарушения, в том числе хронические и необратимые изменения психической деятельности характерны для:
а) легкой степени психического вреда;
б) средней степени психического вреда;
в) тяжкой степени психического вреда;
+г) особо тяжкой степени психического вреда.

45. С чем связаны основные сложности, возникающие при решении вопросов дифференциальной диагностики:
а) с различными реактивными наслоениями на психическую деятельность вследствие привлечения к уголовной ответственности;
б) с преобладанием в практике судебно-психологической экспертизы смешанных и стертых форм психической патологии;
в) лиц, ранее совершавших правонарушения и подвергавшихся принудительному лечению, наблюдается и лекарственный патоморфоз;
+г) всё вышеперечисленное верно.

46. Совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов, относительно специфичных для той или иной клинической нозологии, имеющая в своей основе определенные психологические механизмы называется:
+а) патопсихологическим симптомокомплексом;
б) психологическим симптомокомплексом;
в) психиатрическим симптомокомплексом;
г) всё вышеперечисленное верно.

47. Неадекватность ассоциаций с их формальностью или выхолощенностью, бессодержательностью; использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективных критериев; некритичность мышления; резонерство; явления разноплановости, соскальзывания на случайные ассоциации в суждениях; использование вычурных или усложненных

речевых высказываний; искаженное толкование условного смысла; колебания внимания и снижение его активности относится к:
+а) симптомокомплексу, свойственного больным шизофренией;
б) симптомокомплексу, свойственного при органическом поражении головного мозга;
в) симптомокомплекса, свойственного психопатии;
г) симптомокомплекса, свойственного при искажённом развитии.

48. Преобладающие нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта: низкий (конкретный и конкретно-ситуационный) уровень обобщения; конкретность ассоциаций; непонимание условного смысла; трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений характерны для:
а) симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией;
+б) симптомокомплекса, свойственного при органическом поражении головного мозга;
в) симптомокомплекса, свойственного психопатии;
г) симптомокомплекса, свойственного при искажённом развитии.

49. эмоциональная насыщенность ассоциаций (при их адекватности), аффективно обусловленное рассуждательство, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментариев, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев. Отмечается и актуализация несущественных признаков при обобщении, парциальная некритичность. Всё это характерно для:
а) симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией;
б) симптомокомплекса, свойственного при органическом поражении головного мозга;
+в) симптомокомплекса, свойственного психопатии;
г) симптомокомплекса, свойственного при искажённом развитии.

50. Нарастающий дефект психики у части больных шизофренией характеризуется:
+а) снижением некоторых психических функций;
б) гиперфункцией некоторых психических функций;
в) снижением интеллекта;
г) повышением интеллекта.

Приложение 2

Вопросы для собеседования

1. Что является основной формой использования специальных психологических познаний.
2. Какие можно назвать формы использования специальных психологических познаний.
3. Порядок назначения судебно-психологической экспертизы.
4. Виды судебно-психологической экспертизы.
5. Какие бывают виды установок у подэкспертных.
6. Какие могут быть особенности у несовершеннолетних подэкспертных.
7. Что входит в права и обязанности эксперта-психолога.
8. Какие законодательные документы регламентируют заключение психолога-эксперта.
9. Факторы, ограничивающие способность обвиняемого к осознанию и регуляции своего поведения.
10. Что является объектом судебно-психологической экспертизы.
11. Какие симптомокомплексы чаще всего встречаются в судебно-психологической практике.
12. Что не включают основные этапы психодиагностического исследования.
13. Что входит в понятие нравственные страдания.
14. Что является пределами компетенции психолога-эксперта.
15. Каковы задачи комплексной экспертизы.
16. Что подразумевают специальные познания и каковы пределы компетенции судебного эксперта-психолога.
17. Каковы методологические принципы судебно-психологического экспертного исследования
18. Какие бывают этапы проведения психодиагностического исследования.
19. Что составляют этические принципы деятельности судебного эксперта-психолога.
20. Вопросы судебно-следственных органов и особенности проведения судебно-психологической экспертизы.

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 Р, 48 лет, работница. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. 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, держится руками за голову, плачет, жалуется на тяжелое общее состояние: "Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты". 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 себе 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, длящегося 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.

Что это такое?

1. Симулятивное поведение
2. Истерическое поведение

Обсуждение:

1. Истерическое поведение верно

В приведенном описании все говорит за истерическую картину болезни. Обращает на себя внимание наивность суждений, примитивность логических операций у больной, ее неспособность понять элементарную "симулятивность" своего поведения и предвидеть отношение к этому со стороны окружающих. Все это - при большой яркости и гротескности эмоциональных реакций. У больной Р. наблюдались также типичные истерические припадки без глубокой потери сознания, без нарушения сухожильных рефлексов, с ярко окрашенными чувствами поведением. Сама "симуляция" больной несуществующих у нее болезненных нарушений (необоснованные соматические жалобы, невозможность стоять и ходить — астазия-абазия) является истерической и определяется неосознанным стремлением защитить себя в трудной для больной ситуации (одиночество). Это стремление диктуется не сознанием, но доминирующими эмоциями. Такие больные - не пассивные носители симптомов. Они сами не создают; это придает неврозу тот вид искусственности, который сбивает с толку врача, не привыкшего общаться с невротиками.

2. Симулятивное поведение неверно

Подчеркнуто нарочитое "болезненное поведение в присутствии врача, жалобы на тяжелое соматическое состояние при одновременном нежелании лечиться, стремление воспользоваться своей болезнью, чтобы добиться для себя "выгоды" (получить инвалидность, вернуть к себе единственного сына) - все это может заставить психолога подумать о возможности симуляции болезни. Но бросается в глаза наивность, неприкрытый характер этой "симуляции". Важно также помнить, что симуляция, как правило, сводится к сознательному воспроизведению одного или немногих, наиболее ярких симптомов болезни, бросающихся в глаза человеку, несведущему в клинической психологии. Воссоздание целостной картины болезни при симуляции практически невозможно. Тем более, это невозможно для Р. - женщины примитивной, ограниченной в интеллектуальном отношении.

Задача 2.

Больная А. 24 лет, бухгалтер. Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме,

приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно таращит глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у больной получить не удается. Вот образец разговора с ней.

Психолог: Как Вас зовут? Больная: Оля. Психолог: Сколько вам лет? Больная (после минутной задержки): семь... восемь... Психолог: Где вы сейчас находитесь? Больная: Не знаю... Наверное, в больнице. Психолог: Как Вы думаете, что это за люди? Что они здесь делают? (указывает на врачей, медсестер). Больная: Не знаю... Тетеньки... Дяденьки. Психолог: Вы ведь работаете бухгалтером. Значит вы должны хорошо считать. Отнимите, пожалуйста, от 100 восемь. Сколько получится? Больная: Не знаю... (после настойчивой просьбы начинает считать. При этом загибает пальцы и шевелит губами). Три...

В присутствии психолога особенно отчетливо выступают такие черты в поведении больной, как подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медицинским персоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, она молчит, смотрит с выражением обиды и недоброжелательности, спросила у него о здоровье детей.

Как вы оцените описанную картину заболевания?

1. Псевдодеменция 2 **.** *Деменция (слабоумие).*

Обсуждение:

1. ***Псевдодеменция верно***

У больной А. обнаруживаются характерные особенности псевдодементного поведения: больная дает как бы нарочито нелепые ответы на простые вопросы, не может понять элементарных вещей в разговоре, внешний вид ее отражает состояние полной психической беспомощности и бессмысленности. В явном противоречии с этим находится сохранившаяся способность больной к более сложным умственным операциям. Так она способна осмыслить общественное положение каждого из окружающих ее людей и, в соответствии с этим, дифференцированно себя вести. Ответы больной могут быть нелепы, но они всегда даются в плане заданного ей вопроса. Следовательно, смысл вопроса для нее понятен. Картина болезни не исчерпывается симптомами псевдодеменции. Ложное слабоумие у больной сочетается с "детским" поведением (пуэрилизмом). Псевдодеменция и пуэрилизм описываются как проявления истерического синдрома.

2. ***Деменция (слабоумия) неверно***

Стойкое ослабление умственной деятельности при истинной деменции ведет к нарушению всех познавательных способностей человека. Снижается способность к образованию больным новых суждений, умозаключений, утрачиваются профессиональные навыки, изменяются привычные формы поведения, нарушается память. В описанной картине болезни у больной А. обращает внимание на себя внимание контраст между грубыми нарушениями поведения, подчеркнутой нелепостью высказываний и поступками, свидетельствующих о достаточной сохранности интеллектуальных возможностей (дифференцированное отношение больной к психологу, младшему медицинскому персоналу и т.п.) Бросается в глаза также утрированно-нелепое поведение больной с элементами демонстративности.

Задача 3.

Больной Ж., 19 лет, учащийся техникума. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня Ж. вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и Ж. рассказал

следующее: "Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Казани 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Казани. Я сидел у речи под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. *я* чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню". Знакомые рассказали родителям, что видели Ж. через день после его исчезновения из дома на берегу лесного озера километров за 30 от города. Ж. показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

Обсуждение: верно - сумеречное состояние сознания

Описанное состояние у больного Ж. представляет собой один из вариантов сумеречного расстройства сознания - амбулаторный транс. Действия больного, внешне довольно упорядоченные, по существу, выходят из-под контроля сознания, становятся бесцельными, бессмысленными, автоматическими. Внимание его охватывает лишь узкий крут случайных предметов и впечатлений из внешнего мира. Все же остальное проходит мимом больного или воспринимается им смутно, фрагментарно, "как в сумерках". Отсюда происходит и название данного синдрома. Вместе с тем, все психические процессы эмоционально ярко окрашены (непонятное чувство страха). Сумеречное состояние сознания возникает неожиданно, внезапно и длится обычно от нескольких часов до нескольких дней. Весь период его амнезируется полностью или частично.

Задача 4.

Больной Б., 22 года, солдат. В отделении психиатрической больницы часами неподвижно сидит или лежит в застывшей позе с закрытыми глазами. На обращение к нему не реагирует, при соматическом обследовании оказывает сопротивление. Подолгу задерживает мочеиспускание и дефекацию, кормится с рук персонала отделения. Временами внезапно возбуждается, вскакивает с постели, хватает других больных за ногу, кусает себе руки до крови, а затем прикладывает ее к батарее отделения: "Это моя кровь, что хочу, то и делаю!" Громко кричит: "Подъем, ребята, все в столовую!", поет, делает гимнастические упражнения. Временами больной выходит из своей палаты медленно, устремив взгляд куда-то в пространство, идет по коридору. Позой, походкой, выражением лица он напоминает человека в сомнабулической стадии гипноза. Это сходство тем более разительно, что больного в этот момент можно заставить выполнить любые внушенные действия. Так если врач внушает больному, что тот якобы сидит за столом и перед ним обеденный прибор - больной берет воображаемую ложку и начинает "есть". В ответ на слова врача о том, что комната наполнена водой, вода затопляет помещение, больной начинает совершать плавательные движения.

После внутривенного введения амитал-натрия больной на короткое время выходит из состояния заторможенности, отвечает на простые вопросы, жалуется на боль в груди, голове, в рассеянности осматривается по сторонам, спрашивает, где он, как сюда попал.

Обсуждение. Верно: Онейроид (привести клинические проявления).

Задача 5.

Большой Ш. 36 лет, работник полиции. Был доставлен в судебно-психиатрическое отделение больными из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным человеком. Однажды утором, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: "Бей фашистов!" выбежал на улицу. Соседи видели как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся, соседи вызвали наряд полиции. Больной был задержан в соседнем квартале, при этом оказал бурное сопротивление. Был он возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес "фашистов". Недалеко от него на земле лежали трое раненых - случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении полиции. Он долго не мог поверить, что им совершено тяжелое преступление. Он помнил, что был дома, но последующие события

полностью выпали из памяти больного. Убедившись в реальности произошедших событий, он дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

Обсуждение. Верно: сумеречное состояние сознания

Описанное состояние у больного Ш. отвечает всем основным признакам сумеречного расстройства сознания. Оно начинается внезапно, длится недолго, заканчивается критически с последующей полной амнезией всего периода помрачения сознания. О переживаниях больного в этот период можно догадываться лишь по его поведению. Последнее свидетельствует о том, что расстройство сознания сочеталось с ярким чувственным бредом, возможно, наплывом галлюцинаций. Все это сопровождалось сильнейшим аффектом гнева, ярости и бессмысленными агрессивными действиями. Наличие галлюцинаторно-бредовых переживаний и психомоторного возбуждения отличают этот тип сумеречного состояния от амбулаторного транса.

Задача 6.

Больная Ю., 15 лет, ученица 9 класса. Переведена в психиатрическую клинику из терапевтической больницы, где она находилась на лечении по поводу тяжелой фолликулярной ангины. В течение трех дней почти не спала, жаловалась на сильную слабость, головную боль. Настроение было изменчивым - то беспричинно тревожным, то необычно приподнятым. Последняя ночь в терапевтическом стационаре прошла беспокойно. Девочка не спала, испытывала страх, казалось, будто бы от электрической лампочки исходят разноцветные спирали, "вкручивающиеся ей в голову". Но в темноте страх еще более усиливался. Казалось, что за дверью раздаются неясные угрожающие голоса, дверь выламывают, за ней видится мелькание фонарей, толпа народа. В ужасе девочка вскочила с кровати, пытаясь открыть окно и выпрыгнуть на улицу. К утру под влиянием введенных нейролептических и снотворных средств больная уснула. После она чувствовала себя разбитой, большая часть пережитого в течение ночи сохранилось в памяти девочки.

Обсуждение. Пример делириозного помрачения сознания.

Задача 7.

Больной Г. 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требует за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Но чаще - раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из гостиной, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя шубу, а ее украли. Требует, чтобы позвали "полицию", возбуждается, кричит: "Караул!" Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним.

- Иван Тимофеевич, сколько вам лет?
- 40. или, может быть, 30.
- Так вы еще молодой человек?
- Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!
- А какой сейчас у нас год?
- Наверное, 1908.
- Сколько будет, если к 12 прибавить 8?
- Наверное, 10.
- Иван Тимофеевич, а где вы сейчас находитесь?
- Я дома, у себя в избе.
- Как вас здесь кормят?

- Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!

Обсуждение. Верно: деменция

Речь идет о тотальном слабоумии (деменции) с глубоким изменением всех сторон личности больного. Резко расстраивается память, нарушается способность к элементарному счету, критика к своему состоянию практически отсутствует. Интересы больного до крайности сужены и ограничиваются, в основном, лишь удовлетворением простых биологических потребностей. Утрачена тонкость и дифференцированность эмоциональных реакций, эмоции упрощены, грубы, отсутствует элементарная деликатность, чувство такта. Постоянный оттенок недоброжелательности, эгоистическая направленность интересов в сочетании с нарушением памяти приводят к формированию нестойких и нелепых бредовых идей ограбления. Последний симптом особенно часто возникает у лиц старческого возраста.

Задача 8.

Больной Л., 15 лет. Низкого роста, телосложение диспластичное. Голова маленькая, со скошенным затылком, разрез глаз косой, нос короткий, с уплощенной переносицей. Мимика бедная, рот постоянно полуоткрыт. В отделении несколько вял, с больными общается мало, застенчив. Старается держаться поближе к врачу, к медсестре, ласкается к ним и сердится, когда они проявляют внимание к другим больным. Удается привлечь больного к выполнению несложных поручений (уборка помещения, раздача пищи). Но при этом сам он инициативы не проявляет, нуждается в постоянных указаниях, что и как сделать. В беседу вступает охотно. Речь односложная, словарный запас беден, многие слова произносит неправильно. Не умеет ни читать, ни писать, знает лишь отдельные буквы. Отрывок разговора с больным:

- Как тебя зовут?
- Саша.
- Сколько тебе лет?
- Три...
- В каком городе ты живешь?
- На Казанке.
- Разве это город?
- Город...
- Какие города ты еще знаешь?
- Еще Ленинский район...
- А как называется самый большой город в нашей стране, наша столица?

(Больной молчит, не может ответить на вопрос).

- Скажи мне, для чего нужна эта вещь (врач показывает больному телефонный аппарат).
- Брать трубку и говорить "Алло-алло!"
- А для чего же все это делают?

(Больной ответить на вопрос не может).

- Ты можешь объяснить, чем отличается корова от лошади?
- Корова с рогами, а лошадь с ушами.

Обсуждение. Верно: олигофрения

У больного имеется врожденное слабоумие (олигофрения). В пользу этого говорит недоразвитие речи, бедность словарного запаса, отсутствие элементарных сведений, которыми располагают даже дети дошкольного возраста. Название реки, города и городского района для больного - однозначные понятия. Разграничивая сходные понятия (два вида домашних животных), он указывает на несущественные признаки, не позволяющие установить различие (лошадь с ушами). Расстройство осмысления проявляются и в том. что больной не понимает истинного назначения знакомых ему предметов (телефонный аппарат нужен для того, чтобы "брать трубку и говорить Алло". Обращает на себя внимание и тот факт, что поведение больного напоминает поведение маленького ребенка. Он по-детски наивен, стремится привлечь к себе внимание взрослых, добиться их ласки. Отмечается снижение инициативы, отсутствие привычных трудовых навыков. Одним словом,

психическая деятельность больного крайне обеднена и не обнаруживаются признаки ранее достаточно развитого интеллекта.

Задача 9.

Больной Х. 26 лет, инвалид 2 группы. С детства страдает судорожными припадками. В отделении психиатрической больницы держится с подчеркнутым достоинством, с больными разговаривает высокомерно, при появлении врача тут же подходит к нему и, отозвав в сторону, "по секрету" сообщает, что больные в курительной комнате смеялись и говорили "нехорошие слова" или что ночью у него был "припадочек". Интересы больного ограничены узким кругом бытовых мелочей. Тщательно следит за своими физиологическими отправлениями. Однажды, решив показать врачу, что цвет его кала изменился, с кусочком экскремента в руке пришел в ординаторскую. О себе говорит как о человеке выдающемся, украшает грудь "орденами" вырезанными из бумаги. Написал стихи такого содержания:

В доме номер двести два
Слышу странные слова.
Здесь больные хулиганы
И накурят вдруг туманы.
И я этих дураков
Любить вовсе не готов.

Уверен, что стихи могут опубликовать в газете или в журнале. Речь больного крайне вязка, обстоятельна, насыщена массой ненужных подробностей. Не может передать содержание рассказа, не улавливая смысла прочитанного. Не может объяснить переносный смысл пословиц и поговорок. Пословицу "не плюй в колодец - пригодится воды напиться" объясняет следующим образом: "Плевать в колодец нехорошо. Он плюнул, а я буду потом воду пить". Выражение "золотая голова" - понимает так: "Голова из золота".

Обсуждение. Пример приобретенного слабоумия (деменции).

Задача 10.

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".

Обсуждение. Верно: Онейроид

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.

Задача 11.

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.

Обсуждение: верно - Делирий

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.

Задача 12.

Больной Г., 45 лет. В течение 2 недель пребывания в больнице мало доступен контакту, одинок. Бродит по палатам, ко всему приглядывается с видом удивления, или сидит, устремив взгляд в одну точку, безучастный к происходящим вокруг него событиям и к людям. Иногда чему-то улыбается. После растормаживания внутренним введением раствора амптал-натрия оживился, рассказал врачу, что чувствовал себя все время находящимся в удивительном мире, полном причудливых и увлекательных событий. Временами он узнавал обстановку отделения, в котором неоднократно находился при предыдущих поступления в больницу. Но она казалась изменившейся, фантастической. Цветы на окнах представлялись марсианскими растениями, от стен исходили лучи, переливающиеся разными цветами. Люди казались находящимися в состоянии странной неподвижности, их лица напоминали маски. Больной "представлял" себя в кабине космического корабля, летящего на Луну. В голове у него как бы создавались образы чужих планет, он видел их причудливые очертания, залитые яркооранжевым светом. Окружающих его людей принимал за космонавтов. Они переговаривались между собой на каком-то непонятном языке, но больной тем не менее их понимал. Эффект растормаживания длился около 40 минут. Затем восстановилось прежнее состояние больного.

Правильно: пример онейроидного синдрома.

Задача 13.

Больной Х. 35 лет. Вял, медлителен. Предоставленный самому себе, ничем не занимается, не интересуется, лежит в постели, не обращая внимания ни на больных, ни на работников отделения больницы. Взгляд тусклый, лицо невыразительное, малоподвижное. Самостоятельно не умывается, не идет в столовую, но при настойчивых напоминаниях персонала отделения выполняет все это, не оказывает активного сопротивления. На вопросы врача отвечает с большой задержкой, односложно, с трудом понимает смысл задаваемых вопросов.

Вот отрывок из записи разговора с больным:

- Скажите, как вас зовут?

Больной молчит, после трехкратного повторения вопроса тихим голосом отвечает:
- Олег.
(Врач слегка трясет больного за плечо):
- Голова у вас болит" ... голова... нет, не болит...
- Давно вы находитесь в больнице?
(не отвечает даже после неоднократного повторения вопроса).
- Вы хотите пойти домой?
- Хочу...

Спустя три недели после поступления больного в стационар состояние его значительно улучшилось, он стал живым, общительным, охотно беседовал с врачом. О предыдущем периоде болезни у него остались смутные воспоминания.

Обсуждение. Верно: оглушение сознания

У больного Х. имеется помрачение сознания в форме оглушения. Характерно то. что слабые раздражители (вопросы, задаваемые тихим голосом, не относящиеся непосредственно к больному события в отделении и пр.) не доходят до его сознания, получить у него адекватную реакцию можно лишь только применив сильный раздражитель: нужно повторить несколько раз вопрос громким голосом, потрясти больного за плечо. Внешний вид больного также соответствует наблюдающемуся при оглушении сознания - он пассивен, выражение лица тупое, малоосмысленное, мимика бедная. Наконец, амнезия острого периода болезни, наблюдаемая у больного после улучшения его состояния, подтверждает факт помрачения сознания.

Задача 14.

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".

Обсуждение. Верно: онейроидный синдром

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.

Задача 15. определите симптомокомплекс

Больной Н., 25 лет, студент, жалоб не высказывает. На вопросы отвечает расплывчато. В ходе исследования наблюдается иногда неадекватная улыбка, иногда — неадекватный ситуации смех. Стационирование в больницу называет недоразумением, ошибкой. Себя считает психически здоровым. При обследовании самооценки все показатели резко завышены, что свидетельствует о нарушении критичности. Например, относит себя к числу

почти самых здоровых людей. Считает, что абсолютно здоровым человеком ему мешают быть «зрение... очки мешают заниматься подводным плаванием, их приходится часто снимать, а также родимое пятно на теле». Больной оценивает себя также достаточно высоко по шкале «счастье», сопровождая свою оценку следующим резонерским высказыванием: «Самые счастливые люди, которые ясно разобрались в себе, ясно понимают себя и согласно познанию себя совершают поступки, т. е. действия этих людей не противоречат, действия их осознанны, т. е. они познали себя, и это они делают... Самые несчастливые люди — люди, которые никогда не знают, что и делать, часто совершают и действуют по указке других людей, т. е. нерешительные, расплывчатые, раздвоенные, расстроенные". Больной некритичен к своим суждениям, действиям. Так, он «принципиально» не согласен с замечаниями психолога, спорит, стремясь доказать свою правоту. Формально больному доступны сложные мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операциональной стороны мышления, выражающиеся чаще всего в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания «исключение предметов» больной предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагаются карточки с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, так как все остальные предметы — орудия труда. Больной же исключает пилу, поскольку «остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два», или «потому что пила — это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность». Предлагает также исключить топор, так как «остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие». Обращают на себя внимание расплывчатость и разноплановость суждений, резонерство. Таким образом, на первый план при исследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзывания, разноплановости суждений, резонерства).

Задача 16. Определите симптомокомплекс

Пациентка 58-х лет, больна с возраста 44-х. Заболела внезапно, подробности неизвестны, так как в то время жила одна, позвонила сестре, сообщила только, что "меня забирают в психушку". Регулярно лечилась стационарно 1-2 раза в год, принимала, главным образом, трифтазин, амитриптилин и феназепам. Инвалид второй группы б/с. Приступы преимущественно бредовой структуры, ощущает преследование, наблюдение со стороны, "с потолка", вербальный псевдогаллюциноз, содержания которого раскрыть не может. Депрессивная симптоматика по большей части, связанная с бредом, несамостоятельная. Не работала в течение многих лет, имеет среднетехническое образование, швея. Минувшей зимой имело место обострение психического состояния, усиление бредовой симптоматики, "голосов", в целом приступ ничем не отличался от имевших место раннее. При поступлении жаловалась на "разговоры в голове".

Психический статус. Внешне небрежна, крайне амимична, речь тихая, бормочущая, интонационно бескрасочная, но внятная. Глаза полузакрыты. Критика формальная, отношение к состоянию в целом безучастное. Мышление формальное, непродуктивное и резонерское ("есть ли у вас голоса в голове? - и есть, и нет. - Так есть или нет? - Не просто голоса, а целые разговоры"), соскальзывающее. Эмоциональные проявления уплощенные, депрессивные. Сознание не нарушено, ориентирована приблизительно, но правильно. Соматическое состояние удовлетворительное.