

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СУИЦИДОЛОГИЯ

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Кафедра: психиатрии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2024

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Суицидология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Суицидология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Суицидология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11	Текущий	Раздел 1. Общая суицидология	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Частная суицидология	
		Раздел 3. Организация суицидологической помощи	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11

4.1.1. Раздел 1. Общая суицидология

Задача №1.

Женщина 59 лет, в прошлом рабочая, последние годы пенсионерка, поступила в психиатрическую больницу после самоповешения с выраженной странгуляционной

бороздой. При поступлении и в первые две недели отмечалось отчетливое тревожно-депрессивное состояние. Однако с первых дней больная сожалела о совершенной ею суицидальной попытке, была доступна контакту, охотно принимала лекарства и рассказывала о случившемся, причинах и обстоятельствах, связанных с покушением на самоубийство.

Со слов больной и родственников, за два месяца до суицидальной попытки у ее мужа была диагностирована «непонятная болезнь желудка» и предложено обследование в онкологическом институте, от которого муж отказался, считая, что «врачи преувеличивают». Учитывая, что на протяжении нескольких последних месяцев муж сильно похудел («на пять-шесть килограмм, как минимум»), больная считала, что у него рак, и настаивала на продолжении обследования и его обязательном согласии на операцию. Просила сына и невестку, чтобы они тоже убеждали его в необходимости лечения.

Однако домашние, занятые своими делами, несмотря на ее настойчивые обращения, практически «отмахивались» от необходимости воздействия на отца («ничего серьезного у него нет»). «Борьба» с мужем («чтобы дал согласие на лечение») и семьей («чтобы участвовали») продолжалась на протяжении месяца без какого-либо успеха. Постепенно у больной стало снижаться настроение, временами отмечалась тревога, а затем появились идеи самообвинения и раннее пробуждение. Обвиняла себя в том, что она «никого не может убедить». «Проснусь среди ночи или рано утром и все время думаю, что делать. Днем и к вечеру становилось лучше, так как чем-то себя занимала. Постепенно настроение становилось все хуже, временами начинала себя обвинять в присутствии сына, невестки и внучки».

За три дня до суицида по утрам стали возникать мысли о самоубийстве. «Проснусь часа в четыре и думаю, что выхода нет и я в этом виновата: отец серьезно болен, а они не верят и даже не выслушивают, остается только один выход — умереть. Однако сразу же начинала думать о сыне и внучке, и мысль о самоубийстве пропадала, хотя и продолжала себя винить. Днем все проходило, а на следующее утро темные мысли появлялись вновь. И снова мысли о самоубийстве останавливала любовь к детям. Сама спрашивала себя, что я им докажу самоубийством, кроме того, что я виновата. А на третий день мысли о детях уже не возникали в сознании, думала только о том, что виновата и не должна жить. Окончательно решила все кончить. Часа два думала об этом, а потом пошла в ванную, увидела висающие колготки и, привязав их к сушилке, повисла под углом к полу». Под тяжестью веса больной петля затянулась, больная на какое-то время потеряла сознание.

Ее спасли случайные обстоятельства: петля из мокрых колготок не затянулась полностью, и пациентка, очнувшись, сразу же «передумала умирать». Освободившись из петли, она повесила колготки на прежнее место и снова легла, чтобы домашние не узнали о ее суицидальной попытке. Однако во время приготовления ужина тщательно маскируемая ею странгуляционная борозда была обнаружена невесткой, и тогда больная заявила домашним, что если они ей «не помогут с отцом, а он не будет обследоваться и лечиться», то она покончит с собой. Затем, уйдя к себе в комнату, стала демонстративно привязывать веревку к оконному карнизу. «Раньше никогда не было мыслей пугать домашних самоубийством, чтобы они помогли заниматься отцом, даже когда привязывала петлю к сушилке, просто считала себя виноватой». Больная была госпитализирована.

- Проанализируйте поведение пациентки, ее мотивы.
- Квалифицируйте действия пациентки.
- Каков прогноз?
- Определите мишени психотерапевтической работы с пациенткой.

Задача №2.

Молодая медсестра после разрыва с любимым человеком решает покончить жизнь самоубийством. С этой целью она за несколько часов до случившегося принимает таблетки аспирина и тиклида («чтобы уменьшить свертываемость крови»), а затем в теплой ванне наносит себе несколько глубоких порезов в локтевых сгибах. Когда кровь начинает

смешиваться с водой в виде «мясных помоев», у самоубийцы появляется чувство «отвращения и мерзости». Женщина «передумывает» умирать, вылезает из ванны и просит соседей «срочно вызвать "скорую помощь».

- Проанализируйте поведение пациентки, ее мотивы.
- Квалифицируйте действия пациентки.
- Каков прогноз?

Задача №3.

Эпизод из биографии И.И.Мечникова. В его личной жизни, еще в годы пребывания в Одессе, произошло несчастье: после длительных страданий умерла его первая жена. После смерти жены он потерял интерес к жизни, не мог ни о чем думать и был близок к самоубийству. Кроме того, обострилось заболевание глаз. В крайне подавленном состоянии Мечников, проходя по мосту через Рону, неожиданно увидел насекомых, летающих вокруг пламени фонаря. Это были фингоны, но он издала принял их за поденок (эфемер) и неожиданно подумал: «Как применить теорию естественного отбора к этим насекомым, которые живут всего несколько часов, вовсе не питаюсь, следовательно, не подвержены борьбе за существование и не имеют времени приспособиться к внешним условиям». По словам О. Н. Мечниковой, описавшей этот эпизод, его мысль обратилась к научным вопросам, связь с жизнью восстановилась, и он был спасен (Мечникова О.Н. Жизнь Ильи Ильича Мечникова, 1926).

- Проанализируйте поведение И.И.Мечникова, мотивы.
- Квалифицируйте его действия.

Задача №4.

В ноябре 1978 г. погибло 912 человек - членов возглавляемой Джонсом секты «Народный храм», строивших в джунглях Гайаны под руководством своего лидера «идеальный город» Джонстаун, а затем по его приказу совершивших самоубийство путем отравления или с помощью огнестрельного оружия. Патологоанатомы установили, что не менее 700 из 912 погибших были убиты (не оказав никакого сопротивления охранникам «живого Бога» Джонса), остальные ушли из жизни «добровольно». 276 жертв среди «покончивших с собой» были детьми.

- Проанализируйте и квалифицируйте ситуацию.

Задача №5.

Женщина на протяжении нескольких лет живет в условиях постоянных моральных и физических издевательств со стороны ее мужа-алкоголика, неоднократно угрожавшего ей убийством. Однажды, явившись домой поздно вечером в состоянии опьянения, он стал придирается к супруге: она его встречает не «как должно». В ответ на возражения и упреки жены муж ведет ее на кухню, берет нож и начинает ее «воспитывать», постепенно разрезая на ней одежду и белье с соответствующими комментариями и «планами дальнейших действий».

Зная, что он в опьянении «бывает совсем дурной и однажды уже порезал своего знакомого», женщина испытывает страх и не может найти выход из этой угрожающей ситуации. Как только муж отошел взять сигареты, жена хватается бутылку уксуса, стоящую на подоконнике, выпивает ее, затем начинает лихорадочно глотать все лекарства, имеющиеся в настенном шкафчике. У нее начинается рвота и спазмы горла, она хрипит и на глазах у мужа теряет сознание. «Воспитательная работа» прекращается, муж вызывает «скорую помощь». После оказания помощи в токсикологическом центре больная никак не может объяснить, с какой целью она нанесла себе «преднамеренное самоотравление». Ее переводят в психиатрическую больницу. В условиях больницы пациентка, несмотря на стремление

врачей выяснить мотивы ее действий, сообщает только, что «очень боялась и не знала, что делать, может, хотела умереть, а может, и нет, не помню».

- Проанализируйте поведение пациентки, ее мотивы.
- Квалифицируйте действия пациентки.
- Каков прогноз?

Задача №6.

Инженер, руководивший строительством туннеля, проверил свои расчеты и не нашел в них ошибки. Однако, вопреки расчетам, сбойки ведущихся с двух сторон участков туннеля не произошло. Он еще раз проверил все свои выкладки и, вновь не найдя ошибки в расчетах, застрелился. Через сутки выяснилось, что ошибки в его расчетах не было. «Ошибка» находилась в рулетке, которой измерялась длина пройденного участка. Вскоре туннель был открыт, а инженеру поставили памятник. Люди, по-видимому, оценили не только его «расчеты», но и богатство его души, профессиональную честь, не позволяющую жить в условиях позора.

- Проведите анализ суицидогенных факторов.

Задача №7.

Предсмертное письмо Маяковского с перефразированными стихами лета 1929 г. написано 12 апреля. Роковой выстрел прозвучал только через 2 дня (14-го). Известны обстоятельства, предшествовавшие этому самоубийству. Выстрел прозвучал сразу после ухода Вероники Полонской и ее отказа уйти от мужа и из театра. Тотчас вернувшись, она застала его еще живым. Однако хорошо известные обстоятельства их отношений и даже их последнего разговора не могут полностью прояснить, почему осознание того, что «любовная лодка разбилась о быт» и прощальные фразы предсмертного письма так разделены во времени, почему уже после принятия решения о самоубийстве поэт составляет план разговора с Полонской, в котором фигурируют фразы: «...нельзя быть смешным... Я не кончу жизни, не доставлю такого удовольствия худ.театру»:

ВСЕМ!

В том, что умираю, не вините никого и пожалуйста не сплетничайте. Покойник этого ужасно не любил. Мама, сестры и товарищи, простите — это не способ (другим не советую), но у меня выходов нет.

Лиля — люби меня.

Товарищ правительство, моя семья это Лиля Брик, мама, сестры и Вероника Витольдовна Полонская. Если ты устроишь им сносную жизнь — спасибо.

Начатые стихи отдайте Брикам, они разберутся.

Как говорят —

«Инцидент исчерпан», любовная лодка разбилась о быт. Я с жизнью в растете, И не к чему перечень взаимных болей, бед и обид. Счастливо оставаться.

Владимир Маяковский. 12.IV.30 г.

Товарищи рапповцы — не считайте меня малодушным.

Серьезно — ничего не поделаешь.

Привет.

Ермилову скажите, что жаль — снял лозунг, надо бы доругаться. В. М.

В столе у меня 2000 руб. — внесите налог. Остальные получите с ГИЗа. В. М.

- Проведите анализ суицидогенных факторов.

4.1.2. Раздел 2. Частная суицидология

Задача №1.

Пациент родился от нормально протекавшей беременности, срочных родов. Ранее развитие без особенностей. Посещал ДДУ, в детском саду держался обособленно, старался играть в одиночестве, сторонился других детей. Был очень послушным. Дома часто стереотипно ходил по комнате кругами, родителям говорил, что таким образом он «думает». В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. В школе был также одиноким, друзей практически не имел. С подросткового возраста появились аффективные колебания. После окончания школы поступил в институт. Студенческой жизнью интересовался мало, не посещал дискотеки и вечера. Начиная со второго курса стал прогуливать занятия, злоупотреблял пивом, появились академические задолженности. Стал лживым, обманывал родителей, говорил им, что учится, сам в это время прогуливал учебу. В состоянии алкогольного опьянения несколько раз был избит, лечился в больнице по поводу сотрясения головного мозга. На 3 курсе оформил академический отпуск. Проживая с родителями, на фоне мнимого благополучия, написал прощальную записку, выпил большое количество различных (соматотропных) таблеток, запил все это коньяком. Отец пациента нашел его дома в бессознательном состоянии, в квартире был беспорядок, все вещи разбросаны, разбиты. С тяжелым отравлением был доставлен в больницу, где находился на лечении в отделении реанимации. Был осмотрен психиатром и переведен в психиатрический стационар. На фоне проводимой терапии первое время был эйфоричным, легковесен в суждениях, легко, с улыбкой рассказывал о совершенной суицидальной попытке, не осмысливал ее последствия – «ну и что, родители одни останутся, мне то все равно уже будет», охотно сообщал анамнестические сведения.

После выписки состояние оставалось субдепрессивным, легко раздражался, конфликтовал с матерью. Жаловался на повышенную утомляемость, головные боли, нежелание что либо делать, небольшие колебания настроения. Состояние стало ухудшаться около полутора недель назад – лекарства стал принимать нерегулярно, затем прекратил прием терапии. Снизился фон настроения, стал пассивным, бездеятельным, начал пропускать занятия. Отмечал, что в голове «рой» мыслей, что сложно сосредоточиться на чем либо. Постепенно стал обдумывать попытку суицида. Однажды утром, сказав родителям, что пошел на учебу, гулял в парке, дождавшись, когда родители уйдут на работу, вернулся домой и отправил отцу смс, о том что он «уходит из жизни». После этого в ванне вскрыл себе вены на левом предплечье и принял несколько таблеток психотропных препаратов. Был найден отцом. Повторно госпитализирован.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидального поведения?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №2.

Пациент мужчина в возрасте 84 лет. Наследственность отягощена расстройствами настроения с преобладанием депрессий у матери, брат - инвалид 2 группы по психическому заболеванию, отличался монотонно сниженным настроением с появлением тревожных приступов. Пациент имеет образование 8 классов, после окончания школы работал монтажником. В настоящее время женат вторым браком, проживает с семьей падчерицы и тяжело больной женой. Около 30 лет наблюдался в ПНД в связи со спадами настроения, тоской, тревогой, нарушением сна, которые сменялись приподнятым настроением, повышенной разговорчивостью, активностью. Постепенно депрессии стали меньшей продолжительности с меньшей выраженностью тоски, тревоги. Стал реже посещать психиатра, уехал жить в деревню, где самочувствие было хорошим, занимался пчеловодством. За год до текущей госпитализации перенес абсцесс верхней доли правого

легкого, проходил стационарное лечение. С этого времени колебания настроения участились. «Наплывы тоски» сопровождалась «невыносимой» тревогой, мучительными болями в груди, животе, бессонницей, упорными суицидальными мыслями. Во время отъезда падчерицы, принял с суицидальной целью 30 таблеток феназепама. После длительного сна испытал некоторое облегчение, колебания настроения стали менее выраженными. В последнее время приступы тоски усилились, несколько ночей не спал, «не находил себе места», решил уйти из жизни, от мучений. В день госпитализации нанес резанные раны в области обоих предплечий. Кровотечение быстро прекратилось, решил «разбить голову, чтобы вытекли мозги». Не найдя молотка, нанес по голове несколько ударов разделочной доской. В это время пришла падчерица. Была вызвана СМП. После обработки ран в травмпункте больной доставлен в психиатрический стационар.

При поступлении больной правильно ориентирован в месте, времени. Охотно поддерживает беседу. Подробно описывает свое состояние. Подчеркивает, что длительно боролся с тоской, тревогой, «но тоска невыносима, рвет душу, тело». Особенно тяжело ночью во время бессонницы. Преодолеть «искушение» избавиться от мук, расставшись с жизнью, не мог. Охотно принимает помощь врачей, не жалеет, что не завершил суицид. Согласен, что поступал неправильно, но полной критики нет.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №3.

Пациент – мужчина 45-ти лет. Наблюдается с 18-ти летнего возраста, многократно госпитализировался в психиатрический стационар. Семейный анамнез не отягощен. Родился в асфиксии с обвитием пуповины. Раннее развитие без особенностей. В детстве были травмы головы, по поводу которых нигде не лечился. Посещал ДДУ, адаптировался хорошо, был контактным, подвижным ребенком. В школу пошел с семи лет. Успеваемость была хорошей, но отмечалась неусидчивость, конфликтовал с классной руководительницей. Закончил десять классов, поступил в политехнический институт на факультет автоматики и автомеханики. Обучаясь на 4 курсе стал более замкнутым, тревожным, начал посещать кришнаитскую секту, пропадал из дома, читал эзотерическую литературу, говорил о «голосах». Был госпитализирован в стационар, после курса лечения был выписан с улучшением состояния. Часто госпитализировался в ташкентскую психиатрическую больницу с обострением симптоматики. Окончил институт, 2 года работал по специальности инженером. В возрасте 30 лет была оформлена вторая группа инвалидности бессрочно, проживает с матерью, своей семьи никогда не имел. Периодически проходил стационарное лечение в связи с обострением психопатологической симптоматики. Известно, что причиной одной из госпитализаций явилась суицидальная попытка – нанёс ранение в шею. После выписки из стационара, находясь дома, высказывал жалобы на слабость, пассивность, выраженную заторможенность. Свое состояние связывал с инъекцией определённого препарата, которую сделали в больнице. Активно говорил о нежелании жить, просил сделать эвтаназию, упрекал мать в предыдущей госпитализации. Некоторое время продуцировал идеи того, что он болен раком, стар, утратил смысл жизни. Был снова госпитализирован. На фоне лечения замечал улучшение самочувствия. Постепенно стал бодрее, улучшилось настроение. Стал участвовать в трудотерапии. Отмечал хорошее самочувствие. Болезненных идей не продуцировал, суицидального настроения не проявлял. Выписан с улучшением в психическом состоянии. Рекомендаций по поддерживающему лечению не придерживался. Принимал лекарства в меньшей дозе лишь вечером эпизодически. Состояние колебалось.

Был бездеятелен, изредка выходил из дома. Рассуждал о политике, “украинских проблемах”. На фоне отказа от лекарств перестал ночами спать. Нарастало возбуждение. Появилась подозрение, что “вокруг все шпионы”. Заявлял матери, что намерен зарезать себя. Попросил отвезти его в больницу.

При осмотре пациент возбужденный, ходит по палатам. Радостно приветствует знакомых пациентов. Ориентирован полностью верно. Суетливый. С трудом удерживается на месте. Эмоционально парадоксальный. После проявления дурашливости, становится тревожным. Не выслушивает вопросы. Говорит монологом. Многословно просит отправить его воевать, выдать ему автомат. Заявляет, что он “готов получить пулю в лоб...” Мышление ускоренное, полно противоречивых суждений. Считает, что врачи должны выдать ему заключение для отправки на войну, просит оформить все необходимые документы. Сообщил, что самостоятельно решил уменьшить дозировку лекарств, на фоне чего стало проявлять неконтролируемое желание порезать себе горло.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №4.

Пациент мужчина 23-х лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Данных о раннем развитии нет. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно, классы не дублировал. По характеру был замкнутый, тревожно-мнительный. Окончив 11 классов общеобразовательной школы, поступил в юридический ВУЗ, но вскоре оставил учебу, т.к. в этот период появились сильные боли «в грудном отделе позвоночника и макушке головы». С этого времени многократно обследовался в различных клиниках и НИИ. Работал официантом, консультантом в справочной службе. Уволился с работы, т.к. присоединились сильные боли в желудке. Дважды пытался отравиться, т.к. не находил объяснения своему состоянию. В течение двух лет нигде не работает, живет на деньги родителей и средства, получаемые от сдачи квартиры. Утратил связи со школьными друзьями, все время проводит за компьютером. Квартиру запустил, в комнате беспорядок. Обследовался в различных клиниках, был консультирован на кафедре психиатрии местного медицинского ВУЗа. От предлагаемого лечения больной отказывался, постоянно искал в интернете информацию, находил себе новых врачей, занимался систематизацией собственной болезни. В последующем обращался в НИИ неврологии и нейрохирургии им.Бурденко - органической патологии не выявлено. На фоне хронического болевого синдрома снизился фон настроения, потерял надежду на выздоровление, вновь появились суицидальные мысли. Пытался отравиться донормилом, по этому поводу был доставлен в токсикологический центр, после выписки из которого повторно пытался отравиться таблетками в сочетании с алкоголем, ложился в ванную с водой и бросал в воду включенные электроприборы, но электротравмы не получил. После осмотра токсикологом и промывания желудка был доставлен в психиатрический стационар в связи с устойчивыми суицидальными высказываниями.

При осмотре от пациента исходит запах алкоголя. Ориентирован верно. Фон настроения неустойчивый. Манерен, эгоцентричен, держится неестественно театрально. Заявляет, что «устал от постоянной боли», «уже утратил всякую надежду». Просит ввести его в состояние «искусственной комы прямо сейчас». Не терпит, когда его пытаются перебить, требует «чтобы дослушали до конца». Мышление не всегда последовательное. С трудом описывает свои болевые ощущения, иногда бывает вычурным в их описании: «желудок словно весь выкручивает, все внутри переворачивается». На вопрос врача, почему выбрал необычные

способы суицида, ответил: «Вообще-то я хотел повеситься». Заявляет, что после выписки «обязательно покончит с собой». При этом интересуется, не пропадут ли его сотовый телефон и деньги. Критика к состоянию снижена. Психически больным себя не считает, но легко согласился на обследование и лечение в больнице, дал письменное согласие.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №5.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился 7-месячным с весом 2200 г. В возрасте 2 мес. диагностировали ДЦП, до 7 лет наблюдался и лечился у невролога. Развивался по возрасту. Имеет 1 почку. С 4 лет посещал ДДУ, был активным, послушным ребенком. С 7 лет пошел в школу, учился хорошо. Оставался общительным, доброжелательным. Всегда был домашним ребенком, лучше усваивал гуманитарные предметы. Имел друзей. С 5 класса успеваемость несколько снизилась. После окончания школы поступить в мед.институт не смог, поступил в мед.колледж. Легко адаптировался в новом коллективе. В течение 4 лет дружил с девушкой из Казани. Сначала общался с ней через Интернет, последние 2 года ездил к ней в гости. В конце 1 курса запустил учебу, не смог сдать сессию, был вынужден остаться на 2 год. Возобновил учебу в колледже, подрабатывал на автомойке. Проживал у бабушки с дедушкой, т.к. поссорился с отцом, злоупотребляющим алкоголем. Говорил родным о желании жениться летом. С начала мая стал более раздражительным. Поссорился с девушкой. Узнав, что она «нашла другого», стал капризным, плакал, просил мать «вернуть невесту», пропускал занятия в колледже. В состоянии легкого алкогольного опьянения, в присутствии родных совершил попытку повеситься. Родные достали его их петли. КСП был доставлен в больницу.

При поступлении выявлялся мутизм, на вопросы врача отвечал письменно, говорить не мог. Ориентирован верно. Фон настроения несколько снижен. При упоминании о ситуации с девушкой на глазах появляются слезы. Показывает руками, что не может говорить, но несколько успокоившись, начинает говорить по слогам. Пояснил, что «не может жить без своей невесты, все потеряло смысл, всеми средствами хотел вернуть ее». Спрашивает, не мог бы врач позвонить ей и попросить приехать к нему в больницу. Фиксирован на травмирующей ситуации. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не продуцирует. Расстройств мышления не выявляется. Память и интеллект не нарушены. Критика несколько снижена.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №6.

Мужчина 59-ти лет. Под наблюдением психиатров в течение последних четырёх лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Данных о раннем развитии нет. Окончил среднюю школу, затем ВУЗ по специальности экономист. В дальнейшем окончил

второй ВУЗ по специальности «гос. и муниципальное управление». В настоящее время живет гражданским браком, имеет взрослую дочь от первого брака. По характеру был общительным, вспыльчивым, педантичным, настойчивым. Работал зам.директора домоуправляющей компании. Около 7-ми лет назад стал более раздражительным, конфликтовал с руководством на работе, не находил общего языка. Был уволен по сокращению. После этого работал мастером в домоуправлении. Стало прогрессивно снижалось настроение. Стал безрадостным, нарушился аппетит, сон, сильно похудел. На фоне переживаний нанес себе колотую непроникающую рану грудной клетки, находился на лечении в местной ЦРБ. Состояние улучшилось, наладился сон, стал активнее. Через некоторое время после выписки уволился, вновь стал подавленным, не спал ночами, снизился аппетит. Перестал следить за собой, не мылся, не чистил зубы. Нарастала тревога, постоянно высказывал идеи собственной виновности перед родными, называл себя ничтожеством. Лечился в психиатрическом стационаре ближайшего города. При поступлении был подавленным, пассивным. Говорил, что в течение полугода «не стало никакой радости, аппетита, внутри словно изломалось что-то, стал слабым, бессильным». Первое время сохранялась психофизическая заторможенность, оставался подавленным, тревожным, большую часть времени проводил в постели. После коррекции терапии состояние улучшилось, выровнялся фон настроения, стал бодрым, общительным. Выписавшись из больницы, первые месяцы принимал поддерживающее лечение, состояние было удовлетворительным. Находясь на амбулаторном лечении, самостоятельно снижал дозы препаратов, пропал аппетит, вновь стал отрешенным, бездеятельным, замкнутым, подавленным, погруженным в себя. Актуализировались идеи собственной виновности, называл себя «обузой для близких». Сообщал о том, что хочет уйти из жизни, но совершить суицид не позволяет полное отсутствие сил. Повторно госпитализирован. При осмотре ориентирован в полном объеме. Заинтересованности в беседе не проявляет. Молча сидит перед врачом, взгляд устремлен в пол. Фон настроения снижен. Мимика скорбная, застывшая. На вопросы врача отвечает тихим голосом, почти односложно. Нехотя рассказал о чувстве вины перед родными. Убежден, что «они страдают из-за него... все бесполезно... все кончено». Мышление замедленное. Обманы восприятия отрицает. Критика снижена.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №7.

Мужчина 26-ти лет. Под наблюдением психиатров с 16 лет. Отец пациента страдает эндогенным психическим заболеванием. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. В пубертатном периоде появились нарушения поведения: стал употреблять алкоголь, утратил интерес к учебе, снизилась успеваемость. С начала болезни отца, попал под его влияние, без критики принимал его суждения, нереалистичные построения, стал негативно относиться к матери. После госпитализации отца в психиатрический стационар дал реакцию протеста, ушел из дома, был груб с матерью, высказывал обвинения в ее адрес. В течение 3 дней перед первой госпитализацией, был возбужденным, негативистичным, предъявлял претензии в адрес родителей, вступал в конфликты с ровесниками, был ими избит. Делал какие-то записи, содержание которых было невозможно понять, высказывал отрывочные идеи самообвинения. На фоне лечения отмечались периоды спада и подъема настроения. Периодически заявлял, что окружающие как-то подозрительно на него смотрят, испытывал

ощущения собственной измененности – «изменился внутренне». После выписки отмечались эмоциональная тусклость, однообразие. Продолжил учебу в 11-ом классе. Программу усваивал с трудом. По настоянию родителей, поступил на платное отделение колледжа, готовящего специалистов по теплоснабжению. Периодически проходил лечение в психиатрическом стационаре с обострением имеющейся симптоматики. В домашних условиях на фоне отказа от приема назначенных препаратов состояние менялось: становился злобным, раздражительным, конфликтовал с родителями, употреблял алкоголь, нарушался ночной сон. Под давлением отца возобновил прием терапии. Вернулся к занятиям в колледже, получил автомобильные права. Став управлять автомобилем, отказался от приема нейролептиков, объяснив это снижением скорости реакций. Через некоторое время начал алкоголизироваться, требовал у родителей денег на развлечения, продавал вещи, занимал крупные суммы денег у друзей. Попал в 2 ДТП в состоянии алкогольного опьянения. Дома стал агрессивен к родителям, ночами не спал, был возбужденным, начал бегать по квартире с ножом, заявлял, что сосед вселился в него и им управляет, что нужно его достать его оттуда. После очередного курса лечения уезжал в Москву и там бродяжничал, не имея ночлега. Ввязывался в драки, был избит. Вернулся домой и тут же вновь старался убежать из дома, был агрессивен к родным. Замахивался на мать вилкой. Все воспринимал оппозиционно. Конфликтовал с посторонними лицами. Совершил хулиганские действия по порче чужого имущества, производились разбирательства правоохранительными органами. Не подчинялся, коррекции не поддавался. Утратил личные документы. На фоне аффективной нестабильности, загруженности переживаниями в содержании которых не раскрывался, импульсивно нанёс себе самоповреждения с суицидальной целью. Был госпитализирован КСП в психиатрический стационар. При осмотре крайне возбужден. Импульсивен. Гримасничает. Контакту малодоступен. На вопросы не отвечает. С трудом подчиняем, инструкций не выполняет. Суждения не по существу. Мышление разорванное. Без критики. Для купирования возбуждения применены седативные препараты. Пациент уснул.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

4.1.3 Раздел 3. Организация суицидологической помощи

Задача №1.

Гражданка В., 34 лет. Воспитывалась в неполной семье, состоящей из мамы и бабушки. В детстве была активным ребенком, посещала различные кружки и секции, интересы менялись, в связи с этим постоянно меняла кружки. В школе училась хорошо, со слов родственников была неусидчивой. В подростковом возрасте прогуливала уроки, посещала дискотеки, злоупотребляла алкоголем. В нетрезвом состоянии неоднократно устраивала «скандалы» родственникам. После окончания школы поступила в университет, через 3 месяца бросила обучение. В том же году в 18 лет вышла замуж за человека с уголовным прошлым (отбывал срок за изнасилование). В течение 2 лет замужества пробовала обучаться в 2 учебных заведениях – безрезультатно – самостоятельно бросала обучение. Муж неоднократно избивал и насиловал её. Вместе с ним начала употреблять наркотики. В последующем попала в тюрьму со сроком лишения свободы до 2,5 лет тюремного содержания. Освободившись, устроилась на работу, проработала несколько месяцев продавцом, уволилась, сказав родственникам, «что директор ее оскорбляет и унижает». В

скором времени нашла работу на производстве, в качестве технолога по розливу и упаковыванию косметических средств. Зарекомендовала себя как ответственный сотрудник. Через 6 месяцев в возрасте 27 лет повторно вышла замуж, забеременела, перестала ходить на работу, родственникам объясняла, что не может работать по состоянию здоровья – плохо себя чувствует. В последующем выяснилось, что в период беременности употребляла наркотические вещества. Ребенок умер в возрасте 3 месяцев. Гражданка В. повторно привлекалась к уголовной ответственности и приговорена к 3 годам лишения свободы с отбыванием срока наказания в колонии общего режима. Со слов родственников, в колонии получила среднее специальное образование – специалист по ремонту швейных машин. За примерное поведение была освобождена досрочно. Переехала в другой город устроилась на работу, в течение 3 лет добилась карьерного роста (из статуса поставщика перешла в статус финансового директора). На работе зарекомендовала себя как грамотный руководитель, финансовых недостатков не обнаруживалось. Со слов сослуживцев была открытым добрым человеком, всегда готовым прийти на помощь. За время работы окончила (экстерном) торговый техникум, поступила в торговый вуз, успешно отучилась 1,5 года. Со слов подруги: поздравила с 8 марта, на что гр. Веткина отправила SMS: «... а ты пожелай мне море красивых венков и сто лучших подруг». Со слов другой подруги, незадолго до нового года гр. Веткина прислала SMS, что она умерла и пригласила ее на поминки. Подруга перезвонила, В. смеялась и говорила: «Что, здорово пошутила?». Со слов родственников, когда у В. была материальная возможность, всегда дарила дорогие подарки. За последние 3 года отношения с родственниками улучшились и были очень доброжелательными, конфликты отсутствовали. Наркотики не употребляла, но постоянно употребляла в больших количествах алкоголь. Несколько раз говорила о том, где ее похоронить. После Нового года матери прислала двусмысленное SMS: «Не могу тебе об этом говорить, поэтому пишу. Тебе станет горько и обидно, но дело в том, что Деда Мороза не существует». 19 марта была обнаружена мертвой в своей квартире. Со слов оперуполномоченного следственной группы: в локтевом сгибе левой руки у трупа был след от инъекции (Веткина была правшой). В квартире найдено 3 использованных шприца емкостью 2 мл, начатая бутылка коньяка. Деньги были разбросаны по квартире, золотые украшения были на умершей. Молодой человек, который находился с гр. В., сообщил: что она позвонила ему вечером и сказала, что ей скучно, попросив привести дозу героина. Укололись вместе, после чего он был в ванной (сколько времени не знает), когда он оттуда вышел, то увидел, что гр. В. упала, он попытался ей сделать искусственное дыхание (безрезультатно), позвал на помощь соседа, который вызвал скорую помощь. В последующем обнаружилось, что гр. В. получила от одного из предприятий за 4 дня до смерти крупную денежную сумму, но денег при осмотре не обнаружено. При осмотре трупа: в паховой области слева множественные следы от инъекций, выражение мимики лица – удивление. Судебно-медицинское исследование трупа и биохимические анализы крови показали, что смерть наступила в результате передозировки опиатов.

- По Вашему мнению, смерть была связана с отравлением наркотическим веществом (самостоятельное неумышленное причинение вреда) или был совершен суицид.
- Если по Вашему мнению смерть явилась завершённым суицидом объясните причины и назовите факторы, приведшие к самоубийству.
- Если по Вашему мнению смерть была связана с отравлением наркотическим веществом (самостоятельное неумышленное причинение вреда), то объясните причины, которые привели к возобновлению употребления наркотического вещества.

Задача №2.

Пациент мужчина в возрасте 79-ти лет. Госпитализируется на лечение в психиатрический стационар 7 раз. Заболел в возрасте 30 лет, после перенесённого инфекционного миокардита и трагической гибели родной дочери. Периодически проходит стационарное

лечение с обострением психопатологической симптоматики. Медикаментозные ремиссии стойкие. Находясь дома, принимает поддерживающее лечение, регулярно посещает врача диспансера. Занимается коллекционированием изразцов, ведёт замкнутый образ жизни, поддерживает формальный контакт с родственниками. Перед предыдущей госпитализацией нарушился сон, стал заявлять, что его отравляют, т.к. после приема пищи, питья появлялось сердцебиение, аритмия. Считал, что в его отсутствие и в период ночного сна «они» проникают в квартиру, подсыпают яд, чтобы он рассказывал о признаках отравления и в связи с этим его помещали в больницу, «считали сумасшедшим». На улице замечал слежку. В его квартире переставляли вещи так, чтобы пациент затруднялся найти необходимое. Это делалось также специально, чтобы подтвердить его «ненормальность». Доставлен в стационар психиатрической бригадой КСП. Продолжительное время в отделении сохранялись бредовые идеи отравления, преследования, недоверчивое отношение к сестре. В больнице чувствовал себя в безопасности, спокойно принимал еду, т.к. «если бы хотели меня отравить, отравили бы и других больных». Держался с достоинством, обособленно. Постепенно наладил доверительные отношения с сестрой, исчезли опасения быть отравленным. После выписки вернулся домой, проживал один, был осуществлял самостоятельно. Около полугода назад, без объяснения причин, попросил сестру взять его к себе для проживания. Был замкнут, время проводил за уединёнными занятиями, мог не разговаривать в течение всего дня. Периодически предъявлял жалобы на головные боли. Поддерживающее лечение принимал. Однажды вечером, вернувшись домой, сестра увидела брата лежащим на полу под одеялом, рядом с окровавленными ножами. Пациент в попытке суицида нанёс себе множественные колото-резанные ранения в области грудной клетки и живота. Был в экстренном порядке госпитализирован в хирургический стационар, где находился с диагнозом: проникающее колото-резанное торакоабдоминальное ранение грудной клетки слева, осложнённое кровотечением в левую плевральную полость из межреберной артерии, левосторонний гемоторакс, открытый перелом 9,10 ребра в зоне ранения, травматический и геморрагический шок 1-2 ст. Был консультирован врачом психиатром ПНД. После окончания хирургического лечения был переведён в психиатрический стационар. При беседе ориентирован верно, доступен продуктивному контакту. В ответах на вопросы преимущественно формален. Манерен, высокомерен, мимические реакции скудные, в движениях и речи несколько замедлен. Предъявляет жалобы на слабость, головные боли. Собственное решение уйти из жизни аргументирует «нестерпимостью» испытываемых головных болей, чувством «бессмысленности существования». В настоящий момент наличие суицидальных мыслей отрицает.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №3.

Пациент 25-ти лет, на учёте у психиатров ранее не состоял. Госпитализируется впервые. Второй ребенок в семье преподавателей. Родился на месяц раньше срока, в родах без патологии. Плохо спал ночами, часто кричал. Диагностировано повышение ВЧД, в связи с чем, лечился у невролога. Посещал ДДУ с 3 лет. Был активный, послушный, имел много друзей. Снохождения, судорог, энуреза не было. Говорил во сне, часто снились кошмары. В возрасте 6 лет получил травму, ударился, катаясь на качелях, сломал нос, потерял сознание, после некоторое время отмечалось головокружение. В школе с 7 лет. На уроках был гиперактивен, неусидчив, мешал проведению занятий. Часто вступал в конфликты с окружающими, в одном из которых избил одноклассника стулом, после чего был переведен

в другую школу. Успеваемость оставалась неудовлетворительной, стал много времени проводить с друзьями на улице, в компании которых с 8 класса начал употреблять анашу, алкоголь. 10-11 классы заканчивал в вечерней школе. В это время стал употреблять инъекционные наркотики. Закончил курсы официантов-барменов, некоторое время работал по специальности, но долго на одном месте не удерживался. Полученные деньги тратил на приобретение психоактивных веществ, алкоголя. В возрасте 22 лет в состоянии алкогольного опьянения поджег подъезд деревянного многоквартирного дома, в результате чего погибло 3 человек. Был осужден на 3 года колонии общего режима, освобожден по президентской амнистии в июне 2015 г. После периодически пытался трудоустроиться, подрабатывал грузчиком для получения средств на покупку наркотиков, «спайсов», гашиша, алкоголя. В состоянии наркотического опьянения видел различных существ вокруг себя, чувствовал на себе взгляды окружающих, считал, что за ним следят, что может читать мысли других людей. Ежедневно выпивал до 3 литров пива на протяжении нескольких недель, светлые промежутки длились 1-2 дня. Абстиненция на протяжении последних 6 лет, сопровождающаяся диспепсическими расстройствами, головокружением, головной болью, непереносимостью яркого света. За месяц до текущей госпитализации, после известий о смерти отца, начал вести себя неадекватно. Приходил в состояние опьянения, громил мебель, ругался на мать, племянницу, сломал в подъезде лифт, стал говорить матери о самоубийстве. Писал по интернету бывшей девушке оскорбительные сообщения, обвинял ее в убийстве, после чего разбил компьютер и зеркала в квартире. Пытался выпрыгнуть из окна пятого этажа, был остановлен матерью и племянницей. В день госпитализации, находясь в состоянии наркотического и алкогольного опьянения, заявил матери, что намерен прыгнуть с 16 этажа соседнего дома, демонстративно простился с ней. Мать вызвала полицию. Сотрудниками был остановлен на балконе, где выкрикивал ругательства, угрожал самоубийством. КСП доставлен в КПБ №1. В приемном покое оставался возбужденным, ругался, от госпитализации отказывался.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №4.

Пациент мужчина 26-ти лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ, был подвижным, активным, в коллективе проблем с общением не имел. Любил фантазировать, придумывать сценарии, играл увлеченно - «заигрывался», тем временем так же охотно играл со сверстниками. В школе адаптировался хорошо, отношения со сверстниками поддерживал доброжелательные, дисциплину не нарушал, имел хорошую характеристику от учителей, увлекался рисованием, спортом. Впервые отмечает изменение в состоянии с 13 – 14 лет: 7 – 9 класс на фоне ряда конфликтных ситуаций (вымогания денег) «не мог дать сдачи, не мог ответить», «сверстники задирали, намеревались унижить» – появился страх, стал бояться ходить в школу, опасался, что теряет авторитет, стал замечать, что окружающие изменили свое отношение, резко снизилась успеваемость, не делал домашнее задание, «ленился». С этого же времени стали беспокоить мысли о своем месте в жизни, любил «разговаривать сам с собой, прогнозировать и обсуждать произошедшие ситуации». В течение 2-х лет сохранялся сниженный фон настроения с периодами мыслей о нежелании жить «хочу всего этого не видеть, чтобы всего этого не было», без активных суицидальных тенденций. Снизилась успеваемость, запустил учебу, «было все равно, безразлично». В результате не сдал экзамены в 9 классе, вынужденно сменил школу. Сменив коллектив, состояние постепенно улучшилось, «ушли мысли о несостоятельности»,

«был дружный класс». Окончив школу, поступил в лингвистический институт на факультет английского языка, специальность «реклама». В конце 2-го курса забросил учебу, так как «не нравилась инфраструктура, однокурсники, преподаватели», был убежден, что «они не преподают так, как надо, думают, что мы ничтожества, толку от нас нету», не хотелось ходить в институт. Такое состояние сохранялось со 2-го курса до настоящего времени, однако, на фоне проблем с институтом, конфликтов с родителями, потери прежнего круга общения – в течение последних 2-х лет состояние усугубилось с нарастанием симптоматики и тенденцией к аутоагрессии. Окончательно потерял интерес к учебе, заметно ограничил круг общения, преимущественно сидел дома, играл в компьютерные игры, ничем не интересовался, вел пассивный образ жизни, избегал общения с людьми. В течение года обучался вождению автомобиля, однако, экзамен сдавать не пошел, избегал ситуаций принятия решения, испытаний, экзаменов. Перед летней сессией наносил порезы на предплечья «было стыдно», «воспринимал это, как наказание», «если смогу стерпеть наказание, значит я сильный человек и с другими проблемами смогу справиться», «преодолев боль, казалось я становился сильнее». Периодами возникали суицидальные мысли «хотелось повеситься или порезать вены, чтобы все кончилось». Не пошел сдавать экзамен, был отчислен с 4 курса. Ухудшение состояния выражалось в проявлении аутоагрессивных действиях и нарастании раздражительности к близким. Прижигал себе руки сигаретами. Под давлением отца начал работать в его организации администратором, выполняя лишь минимум функциональных обязанностей. В прошлом году нанес себе многочисленные колотые раны кистей. Лечение получал в частном порядке. При формально обычном поведении и внешнем спокойствии, неожиданно выпрыгнул с 4 этажа. Получил тяжелую сочетанную травму. Лечился в специализированном хирургическом отделении, скрывал причины падения, говорил об этом крайне противоречиво. Но потом объяснил, что в день падения возникло внутреннее эмоциональное напряжение, которое было подневольным и чтобы его прервать, он прыгнул.

1. Предположите возможный диагноз?
2. Определите вид суицидальной попытки (суицидального поведения)?
3. Оцените дальнейший прогноз (динамику заболевания, риск завершённого суицида)?
4. Составьте план дополнительного обследования и ведения данного пациента в зависимости от диагноза, динамики и прогноза заболевания?
5. Определите терапевтическую тактику (психофармакологическое лечение, психотерапевтическая помощь, социо-реабилитационные мероприятия)?

Задача №5.

Цитата из произведений Сенеки: «Зло, овладевшее нами, не зависит от места,— оно в нас самих; мы стали бессильны, мы не способны чувствовать боль, утратили возможность наслаждаться. Сколько людей призывают смерть после того, как, испытавши все, не находят ничего нового. Жизнь, свет — становятся для них в тягость; и даже среди радостей они восклицают: как? Все то же!»

— Назовите описанный симптом.

Задача №6.

Двадцатипятилетняя женщина на протяжении года живет с трехлетним сыном и матерью. Ее брак фактически распался — муж ушел жить к другой женщине. Однако в течение года отмечался эпизод его возвращения в семью. Женщина ведет себя достаточно активно и независимо, работает, общается с друзьями, которым говорит, что муж «никуда от сына не уйдет». Несмотря на наличие судебной ситуации, связанной с разводом, ее настроение, со слов матери, продолжало оставаться ровным, она работала и активно занималась спортом, и ее успехи в избранном виде спорта в это время росли. Однако сразу после официального развода и заявлений мужа, что он никогда больше к ней не вернется, так как намерен сразу зарегистрировать новый брак, в котором у него также будет ребенок, состояние женщины резко изменилось. Несколько дней она была груба с матерью и ребенком, не выходила на

работу, часто просыпалась ночью. Как сообщала в дальнейшем пациентка, в это время в голове «не было других мыслей и чувств, кроме обиды и желания отомстить ему»: «Хотелось сделать такое, чтобы помнил и мучился всю жизнь, а ничего придумать не могла. Ни с кем не хотелось говорить, думала только о себе и о том, что произошло. Ребенок, спорт, мать — все как-то отошли на второй план, временами чувствовала вообще какую-то пустоту в душе, все становилось как будто нереальным, а когда возвращалась в жизнь, не могла переключиться с мыслей о том, что он сделал и как его наказать».

Через три дня после суда утром неожиданно появились мысли о смерти и «поняла, что это он будет помнить всю жизнь». «О ребенке и матери в то время не вспоминала, думала только о том, как это сделать, чтобы ему было больнее, и решила броситься с моста, но не утонуть, так как хорошо плаваю, а разбиться». В течение нескольких часов дожидалась, пока мать уйдет из дома («зачем, сама не знаю, надо было просто идти на мост»), затем оделась, потому что «окончательно все обдумала». В это время неожиданно услышала голос ребенка и подумала, что он остается один и выжить не сможет. В действительности у пациентки, кроме матери, есть еще и вполне благополучная сестра, чрезвычайно привязанная к племяннику, которая просила в связи с частыми отъездами сестры, чтобы ребенок жил у нее, так как у них с мужем нет своих детей.

Тем не менее, чтобы предотвратить муки ребенка в дальнейшем, женщина решает, что он должен умереть вместе с нею. Взяв его на руки, она идет на мост и с десятиметровой высоты бросается вместе с ребенком в реку. Но в месте падения оказалась достаточно большая глубина, и, попав в воду, самоубийца предпринимает все усилия, чтобы спасти ребенка. Это ей удается, и вместе с ребенком она оказывается на берегу. «Поняла, что его надо срочно нести к врачу, хотя он дышал и каких-либо повреждений не было». Когда же, очнувшись, ребенок заговорил с ней, «поняла, что не смогу убить не только его, но и себя: возникло такое острое чувство какого-то тепла к ребенку, которого раньше никогда не было». «И сразу все повернулось по-другому, злости на мужа тогда вообще не стало, очень захотелось жить, растить ребенка, работать. Вместо злости появилась доброта ко всем: к сыну, матери, сестре, друзьям. Думала, что я могу теперь для каждого из них сделать».

- Определите субъективное значение (психологический смысл) суицидального поведения.
- Какие варианты психологического смысла суицидального поведения Вы знаете?
- Квалифицируйте попытку самоубийства.

Задача №7.

Военнослужащий И., совершивший суицид. Воспитывался в семье без отца, состоящей из одних женщин. В раннем детстве наблюдалось отставание в физическом развитии, были проблемы с друзьями. Женился в 18 лет, первый брак распался рано. В школе учился слабо, в аттестате оценки удовлетворительные. Службу проходил во внутренних войсках с 1977 по 1985 год, где позднее остался на контрактной основе в звании прапорщика. По месту службы характеризовался положительно. По увольнении из армии часто менял места работы: был трактористом, электромонтером, уборщиком. В 1987 году женился, в браке имел двух детей, но отношения в семье не складывались, происходили постоянные ссоры. В 1995 году супруги развелись, но через 2 года снова поженились. Одним из поводов для ссор было отсутствие жилья. Длительное время семья проживала в общежитии. В ноябре 1996 года И. был принят в военную часть кинологом — специалист по обучению и тренировке служебно-розыскных собак). Служивцы отзывались о нем как о квалифицированном специалисте, человеке общительном, добросовестном, дорожившем своей работой. Со слов коллег — «собаки в нем души не чаяли». Алкоголь употреблял эпизодически. С 1997 года на фоне финансовых и бытовых трудностей, когда жена не работала, а у самого И. были длительные задержки зарплаты, вновь участились ссоры с женой. В этот период у И. появилась другая женщина, он часто не ночевал дома, что приводило к новым скандалам. Супруга шантажировала его разлукой с детьми, требовала

выплаты большой суммы денег. Со слов окружающих, И. стал замкнутым, раздражительным, участились случаи употребления алкоголя. Окружающие дали информацию, что в пресуицидальной фазе поведение его изменилось. В апреле 1997 года И. получил дисциплинарное взыскание за халатное отношение к работе. В это же время уволились его коллеги по службе, с которыми у него были дружеские отношения. 2 июня 1998 года в 17 часов, находясь в нетрезвом состоянии, инициировал ссору с соседкой, с которой давно был в неприязненных отношениях. Соседка оскорбила его, заявляя, что из-за скверного характера его даже жена бросила. Угрожая расправой, И. выбил ногой входную дверь, после чего соседи вызвали милицию, которая доставила его в дежурную часть. Родственники и сотрудники милиции сказали ему, что за такие действия полагается возбуждение уголовного дела и последующее лишение свободы на длительный срок, а в лучшем случае увольнение с работы. Вечером того же дня И. доставили в специальной машине к месту работы и оставили его в ней одного. А в 21.00 его нашли в салоне автомобиля повесившимся на капроновом шнурке собственного ботинка. В процессе проведения следственных мероприятий установлено, что в марте 1998 года состав войсковой части был обследован психологами для выявления социальной дезадаптации. В заключении о проведенном обследовании у И. указан низкий уровень интеллекта.

- Причины совершения суицида.
- Пусковой механизм суицида.
- Сфера приложения профессиональных способностей.
- Определите вид депрессии.

Обоснуйте Ваши ответы.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде итогового тестирования.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Суицидология»:

1. Термин «суицидология» впервые появился:
 - 1) в конце 19 в. в русской научной литературе (Розанов П.Г., 1891)
 - 2) в 1929 г. на Западе (Shneidman E. S., 1971)
 - 3) в 18 веке в странах Европы
 - 4) **верно 1) и 2)**
 - 5) все перечисленное не верно
2. Согласно определению ВОЗ акт самоубийства с фатальным исходом это:
 - 1) пресуицид
 - 2) парасуицид
 - 3) **суицид**
 - 4) покушение на самоубийство
 - 5) верно все перечисленное
3. Определение самоубийства:
 - 1) самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода
 - 2) самоубийство это каждый смертный случай, который непосредственно или посредственно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах (Э.Дюркгейм, «Самоубийство», 1897)

- 3) самоубийство это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни (М. Farber, 1968)
 - 4) **верно все перечисленное**
 - 5) верно 2) и 3)
4. Перечислите критерии суицида для дифференциации любого рода аутодеструктивных действий:
- 1) наличие осознаваемого намерения
 - 2) действия, подрывающие здоровье человека
 - 3) конкретные действия (бездействие), непосредственно приводящие к смерти
 - 4) действия, приводящие к трагическому исходу
 - 5) **верно 1) и 3)**
5. Акт намеренного самоповреждения, не приведший к смерти – это:
- 1) пресуицид
 - 2) **парасуицид**
 - 3) суицид
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
6. Квалифицируйте поведение человека, который бравируя собственной смелостью, пытался ходить по краю балкона, сорвался и погиб:
- 1) пресуицид
 - 2) парасуицид
 - 3) суицид
 - 4) покушение на самоубийство
 - 5) **несчастный случай**
7. Занятия опасными видами спорта типа скалолазания или подводного плавания могут быть определены как:
- 1) пресуицид
 - 2) суицид
 - 3) скрытый суицид
 - 4) **непрямое саморазрушение**
 - 5) **верно 3) и 4)**
8. К хроническим формам самоубийства относятся (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) аскетизм
 - 2) мученичество
 - 3) невращения
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
9. К хроническим формам самоубийства относятся (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) алкогольная зависимость
 - 2) антиобщественное поведение
 - 3) психоз
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного

10. Локальное самоубийство включает (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) членовредительство
 - 2) симуляция
 - 3) полихирургия
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
11. Локальное самоубийство включает (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) преднамеренные несчастные случаи
 - 2) импотенция
 - 3) фригидность
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
12. В качестве органического самоубийства рассматриваются (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) органические заболевания
 - 2) истерические заболевания
 - 3) такие «нормальные» привычки, как курение
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
13. Составляющие самоубийства (К. Меннингер, «Война с самим собой», 2000):
- 1) желание убить
 - 2) желание быть убитым
 - 3) желание умереть
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
14. Как можно квалифицировать действия людей, направленные на саморазрушение или причинение себе вреда при отрицании стремления к этому (Э. Дюркгейм, 1897):
- 1) не прямое самоубийство
 - 2) скрытый суицид
 - 3) бессознательное суицидальное поведение
 - 4) суицидальный эквивалент
 - 5) **верно все перечисленное**
15. Как квалифицируют знаменитые «гари» раскольников, их самозакапывания, добровольный уход из жизни путем прекращения приема пищи («запоститься») (Д.И. Сапожников, 1891):
- 1) не прямое самоубийство
 - 2) «персональный» суицид
 - 3) бессознательное суицидальное поведение
 - 4) **«институциональный» суицид**
 - 5) верно все перечисленное
16. Действия субъектов, которые «не ставят себе задачей самоуничтожение и поведение которых редко можно определить как ориентированное на прекращение жизни» (N. Kreitman, 1977г.) это:
- 1) пресуицид
 - 2) **парасуицид**
 - 3) суицид

- 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
17. ВОЗ квалифицирует «несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий» как:
- 1) пресуицид
 - 2) парасуицид
 - 3) суицид
 - 4) суицидальная попытка
 - 5) **верно 2) и 4)**
18. Категории суицидальных мотивов по R. Diekstra (1991):
- 1) смерть — сознательное прекращение жизни.
 - 2) перерыв — временное прекращение сознания (чувствования).
 - 3) призыв с целью изменения поведения других людей и привлечения внимания к себе
 - 4) **верно все перечисленное**
 - 5) верно 1) и 2)
19. Типы суицида и парасуицида по Райнеру Телле (1999):
- 1) вызывающее поведение, которое воздействует своей демонстративностью
 - 2) амбивалентная установка, оставляющая выход из этого состояния
 - 3) отчаявшаяся суицидальность, которая не должна быть бескомпромиссной,
 - 4) упорствующее суицидальное поведение, которое непреклонно в поиске смерти
 - 5) **все перечисленные**
20. Общей целью суицида является:
- 1) прекращение сознания
 - 2) бегство (эгрессия)
 - 3) **нахождение решения**
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
21. Суицидомания – это:
- 1) мысли, связанные с навязчивой, сверхценной или бредовой идеей самоубийства и способах его осуществления
 - 2) **навязчивое влечение: упорное стремление к совершению самоубийства**
 - 3) повторное покушение на свою жизнь и действия, направленные на это, после неудавшейся суицидальной попытки
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
22. Основоположником экзистенциальной теории суицида является:
- 1) Э. Шнейдман
 - 2) К. Хорни
 - 3) А. Адлер
 - 4) З. Фрейд
 - 5) **В. Франкл**
23. К факторам генеза суицида при психических расстройствах относятся:
- 1) психопатологические нарушения

- 2) воздействия окружающей среды, обуславливающие затруднения адаптации или оказывающие прямое психотравмирующее влияние
 - 3) амбивалентное отношение к суициду
 - 4) **все вышеперечисленное**
 - 5) ничего из вышеперечисленного
24. Суицидальная попытка это:
- 1) целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью
 - 2) несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий
 - 3) действия субъектов, которые не ставят себе задачей самоуничтожение и поведение которых редко можно определить как ориентированное на прекращение жизни
 - 4) **все перечисленное**
 - 5) ничего из перечисленного
25. Фаза суицидального акта, когда суицидент сам или при вмешательстве посторонних прекращает попытку самоубийства:
- 1) **обратимая**
 - 2) необратимая
 - 3) инициальная
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
26. К общим чертам суицида относят (по Э. Шнейдману):
- 1) целью суицида является нахождение решения
 - 2) задача суицида состоит в прекращении сознания
 - 3) стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль
 - 4) стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности
 - 5) **верно все перечисленное**
27. К общим чертам суицида относят (по Э. Шнейдману):
- 1) общей суицидальной эмоцией является беспомощность-безнадежность
 - 2) общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность
 - 3) общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы
 - 4) общим действием при суициде является бегство
 - 5) **верно все перечисленное**
28. К общим чертам суицида относят (по Э. Шнейдману):
- 1) задача суицида состоит в прекращении сознания
 - 2) общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении
 - 3) общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность
 - 4) общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения
 - 5) **верно все перечисленное**
29. Как можно квалифицировать поступок человека, когда при отсутствии прямого намерения умереть обнаруживается своеобразный «косвенный» умысел («ничего не чувствовать, заснуть, отключиться, отдохнуть на время» и т. п.):

- 1) пресуицид
 - 2) парасуицид
 - 3) суицид
 - 4) покушение на самоубийство
 - 5) несчастный случай
30. Аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением это действия:
- 1) для снятия эмоционального напряжения, абстиненции и т. д. и т. п., вплоть до экспериментов с собственной жизнью в процессе научного исследования
 - 2) связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии
 - 3) которые могут привести к смертельному исходу, но не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни
 - 4) мотивы которых не могут быть четко верифицированы (ни самим субъектом, ни анализирующим случившееся специалистом)
 - 5) все перечисленное не верно
31. Покушение на самоубийство связано преимущественно с:
- 1) личностными факторами
 - 2) ситуационными факторами
 - 3) особенностями состояния человека
 - 4) констелляцией различных факторов
 - 5) все перечисленное не верно
32. Детерминанта суицидального поведения определяется:
- 1) индивидуально-личностными факторами
 - 2) ситуационными факторами
 - 3) особенностями состояния человека
 - 4) констелляцией различных факторов
 - 5) все перечисленное не верно
33. К регистрам суицидогенных факторов относят:
- 1) индивидуально-личностные
 - 2) ситуационно-личностные
 - 3) статусно-личностные
 - 4) все перечисленные
 - 5) ничего из перечисленного
34. Личностные особенности, в совокупности приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как predispositional суицидогенные факторы (А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980):
- 1) сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам
 - 2) своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего
 - 3) неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем
 - 4) неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка
 - 5) все перечисленные

35. Личностные особенности, в совокупности приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как predisposиционные суицидогенные факторы

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980):

- 1) неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем
- 2) неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка
- 3) слабость личностной психологической защиты
- 4) снижение или утрата ценности жизни
- 5) **все перечисленные**

36. Какие психологические особенности выступают как факторы риска суицида у пациентов с пограничными расстройствами (Н.В.Конанчук, 1983):

- 1) эмоциональная лабильность
- 2) импульсивность
- 3) эмоциональная зависимость, необходимость чрезвычайно близких эмоциональных контактов
- 4) бескомпромиссность
- 5) **все перечисленные**

37. Личностные особенности, в совокупности приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как predisposиционные суицидогенные факторы

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980):

- 1) доверчивость
- 2) эмоциональная вязкость, регидность аффекта
- 3) болезненное самолюбие
- 4) самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений
- 5) **все перечисленные**

38. Личностные особенности, в совокупности приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые авторами как predisposиционные суицидогенные факторы

(А.Г.Амбрумова, В.А.Тихоненко, 1980):

- 1) напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности)
- 2) настойчивость
- 3) решительность
- 4) низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов
- 5) **все перечисленные**

39. Стилъ поведения суицидента в преодолении трудностей характеризуется (Н.В.Конанчук, 1983):

- 1) настойчивым стремлением в достижении поставленной цели
- 2) попытками преодоления сложной ситуации вне зависимости от объективных обстоятельств
- 3) неумением и нежеланием отступить или найти компромиссное решение
- 4) **всем перечисленным**
- 5) ничем из перечисленного

40. Ситуационные суицидогенные факторы:

- 1) лично-семейные
 - 2) состояние здоровья
 - 3) антисоциальное поведение
 - 4) материально-бытовые трудности
 - 5) **все перечисленные**
41. Статусно-личностные суицидогенные факторы:
- 1) проявления антисоциального поведения
 - 2) самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений
 - 3) **психические расстройства**
 - 4) ригидность, бескомпромиссность
 - 5) профессиональные конфликты
42. Статусно-личностные суицидогенные факторы:
- 1) тоннельное сознание
 - 2) ощущение душевной боли
 - 3) усталость от жизни
 - 4) чувство безысходности
 - 5) **все перечисленное**
43. Суицидальное поведение - это:
- 1) **любые внутренние (включая вербальные) и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни**
 - 2) действия для снятия эмоционального напряжения, абстиненции и т. д. и т. п., вплоть до экспериментов с собственной жизнью в процессе научного исследования
 - 3) действия связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии
 - 4) действия, которые могут привести к смертельному исходу, но не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни
 - 5) все перечисленное не верно
44. Внутренние формы суицидального поведения включают в себя:
- 1) суицидальные мысли
 - 2) суицидальные представления
 - 3) переживания и суицидальные тенденции, разделяющиеся, в свою очередь, на замыслы и намерения.
 - 4) **верно все перечисленное**
 - 5) все перечисленное не верно
45. Первый этап (ступень) непосредственной суицидальной идеации характеризуется:
- 1) **пассивными суицидальными мыслями, характеризующимися представлениями и фантазиями на тему своей смерти, но без собственного участия в прекращении жизни**
 - 2) суицидальными замыслами, их активными формами, при которых происходит разработка способа самоубийства и связанных с этим обстоятельств
 - 3) присоединением к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешние формы суицидального поведения, включающего суицидальные попытки и завершённые суициды
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) правильного ответа нет
46. Вторая ступень развития внутренних форм суицидального поведения характеризуется:

- 1) пассивными суицидальными мыслями, характеризующимися представлениями и фантазиями на тему своей смерти, но без собственного участия в прекращении жизни
 - 2) суицидальными замыслами, их активными формами, при которых происходит разработка способа самоубийства и связанных с этим обстоятельств
 - 3) присоединением к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешние формы суицидального поведения, включающего суицидальные попытки и завершённые суициды
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) правильного ответа нет
47. Третья ступень развития внутренних форм суицидального поведения характеризуется:
- 1) пассивными суицидальными мыслями, характеризующимися представлениями и фантазиями на тему своей смерти, но без собственного участия в прекращении жизни
 - 2) суицидальными замыслами, их активными формами, при которых происходит разработка способа самоубийства и связанных с этим обстоятельств
 - 3) присоединением к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешние формы суицидального поведения, включающего суицидальные попытки и завершённые суициды
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) правильного ответа нет
48. Пресуицид в зависимости от длительности разделяется на:
- 1) острый
 - 2) подострый
 - 3) затяжной
 - 4) хронический
 - 5) верно 1) и 4)
49. Пресуицид, при котором отмечается высокая выраженность эмоциональных переживаний, пресуицидальный период носит острый характер, соответствующие поведенческие реакции четко выражены:
- 1) аффективно-напряженный
 - 2) аффективно-насыщенный
 - 3) аффективно-редуцированный
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
50. Пресуицид, при котором интенсивность эмоций низкая, пресуицидальный период носит пролонгированный характер и скуп в поведенческом отношении:
- 1) аффективно-напряженный
 - 2) аффективно-насыщенный
 - 3) аффективно-редуцированный
 - 4) верно все перечисленное
 - 5) все перечисленное не верно
51. Типы суицидентов (Э.Шнейдман):
- 1) искатели смерти
 - 2) инициаторы смерти
 - 3) отрицатели смерти
 - 4) игроки со смертью

5) все перечисленные

52. Тип суицидента «искатель» характеризуется:

- 1) **твердым намерением во время совершения суицидальной попытки покончить с собой**
- 2) уверенностью в неизбежности достаточно скорой смерти, в том, что совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс
- 3) сложными соображениями (религиозного или иного характера) во время самоубийства, смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни
- 4) противоречивостью и двойственностью чувств по отношению к необходимости собственной смерти
- 5) всем перечисленным

53. Тип суицидента «инициатор смерти» характеризуется:

- 1) твердым намерением во время совершения суицидальной попытки покончить с собой
- 2) **уверенностью в неизбежности достаточно скорой смерти, в том, что совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс**
- 3) сложными соображениями (религиозного или иного характера) во время самоубийства, смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни
- 4) противоречивостью и двойственностью чувств по отношению к необходимости собственной смерти
- 5) всем перечисленным

54. Тип суицидента «отрицатель смерти» характеризуется:

- 1) твердым намерением во время совершения суицидальной попытки покончить с собой
- 2) уверенностью в неизбежности достаточно скорой смерти, в том, что совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс
- 3) **сложными соображениями (религиозного или иного характера) во время самоубийства, смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни**
- 4) противоречивостью и двойственностью чувств по отношению к необходимости собственной смерти
- 5) всем перечисленным

55. Тип суицидента «игрок со смертью» характеризуется:

- 1) твердым намерением во время совершения суицидальной попытки покончить с собой
- 2) уверенностью в неизбежности достаточно скорой смерти, в том, что совершаемый ими акт самоубийства только ускоряет этот процесс
- 3) сложными соображениями (религиозного или иного характера) во время самоубийства, смысл которых определяется возможностью более счастливого существования в ином мире или в иных формах жизни
- 4) **противоречивостью и двойственностью чувств по отношению к необходимости собственной смерти**
- 5) всем перечисленным

56. Варианты суицидальных замыслов:

- 1) импульсивный

- 2) развернутый
- 3) смешанный
- 4) **все перечисленные**
- 5) ничего из перечисленных

57. Антисуицидальные факторы:

- 1) «жажда творчества»
- 2) эстетические чувства
- 3) страх боли или физических страданий
- 4) **все перечисленное**
- 5) ничего из перечисленного

58. На частоту суицидальных попыток влияет:

- 1) доступность способа
- 2) традиции
- 3) недавняя попытка в окружении
- 4) **все перечисленное**
- 5) ничего из перечисленного

59. Поведение, указывающее на усиление суицидальной интенции:

- 1) все усиливающаяся изоляция от окружающих
- 2) передача близким и знакомым любимых и необходимых для жизни и работы предметов
- 3) прощание с близким и знакомым людьми (при отсутствии в этом открытого или завуалированного сообщения о готовящемся суициде)
- 4) фиксация на теме смерти
- 5) **все перечисленное**

60. Периоды в развитии постсуицидального состояния (А.Г.Амбрумова и В.А.Тихоненко, 1980):

- 1) ближайший постсуицид
- 2) ранний постсуицид
- 3) поздний постсуицид
- 4) **все перечисленные**
- 5) ничего из перечисленного

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Касимова Л.Н., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии