

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 19.10.2020
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ»

Специальность 31.08.53 Эндокринология

Направленность программы – Эндокринология

Форма обучения очная

Срок получения образования 2 года

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.08.53 Эндокринология, утвержденного Министерством науки и высшего образования РФ «02» февраля 2022 г., приказ № 100.
- 2) Учебного плана по специальности 31.08.53 Эндокринология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «28» апреля 2023 г., протокол № 4.
- 3) Профессионального стандарта «Врач-эндокринолог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «14» марта 2018 г., приказ № 132н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой психиатрии им. проф. В.И. Багаева «29» апреля 2023 г. (протокол № 9)

Заведующий кафедрой М.В. Злоказова

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации
«17» мая 2023 г. (протокол № 6)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «18» мая 2023 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующий кафедрой
психиатрии им. проф. В.И. Багаева

М.В. Злоказова

Доцент кафедры
психиатрии им. проф. В.И. Багаева

Н.В. Семакина

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Типы задач профессиональной деятельности	4
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	6
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	6
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	7
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	7
3.4. Тематический план лекций	7
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	8
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	10
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	10
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	10
4.1.1. Основная литература	10
4.1.2. Дополнительная литература	10
4.2. Нормативная база	11
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	11
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	11
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	12
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	13
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	14
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	17
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	17
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	18
8.1. Выбор методов обучения	18
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья	18
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	19
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	19

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля): подготовка квалифицированного врача-ординатора по специальности 31.08.53 Эндокринология, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи, неотложной, скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

1. Сформировать навыки диагностики неотложных состояний.
2. Сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования
3. Сформировать необходимый объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-эндокринолога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
4. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-эндокринолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
5. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
6. Подготовить врача-эндокринолога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
7. Подготовить врача-эндокринолога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Избранные вопросы психиатрии» относится к блоку ФТД. Факультативные дисциплины.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Эндокринология.

Является предшествующей для изучения дисциплин/прохождения практик: Производственная практика. Клиническая. Поликлиническая.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

медицинский.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД УК 1.1. Критически анализирует проблемную ситуацию в профессиональной деятельности как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с психическим здоровьем; методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза психических расстройств с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №1 Семестр № 3
2	ПК-2. Способен проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза	ИД ПК 2.3. Осуществляет направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам	симптомы и синдромы нарушений в психической сфере, при которых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии	провести обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на	навыками обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное	тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №1 Семестр № 3

	соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи			
--	--	---	---	--	--	--	--

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетную единицу, 36 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 3
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Контактная работа (всего)	20	20
в том числе:		
- лекции (Л)	2	2
- практические занятия (ПЗ)	18	18
Самостоятельная работа (всего)	16	16
в том числе:		
- подготовка к занятиям	8	8
- подготовка к текущему контролю	6	6
- подготовка к промежуточной аттестации	2	2
Вид промежуточной аттестации	зачет	+
Общая трудоемкость (часы)	36	36
Зачетные единицы	1	1

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>

1.	УК-1, ПК-2	Организационные и клинические аспекты психиатрии.	<p><i>Лекция:</i> «Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Клинические методы исследования для выявления психических расстройств у пациентов.</p> <p><i>Практические занятия:</i> Шизофрения; Аффективные расстройства. Основы суицидологии; Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга, черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты); Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические и соматоформные расстройства); Расстройства личности</p>
----	------------	---	---

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин
		1
1	Производственная практика. Клиническая. Поликлиническая.	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1	Организационные и клинические аспекты психиатрии.	2	18	16	36
	Вид промежуточной аттестации:	зачет			
	Итого:	2	18	16	36

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				сем. № 3
1	2	3	4	5
1	1	«Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Клинические методы исследования для выявления психических расстройств у пациентов.	Основные положения «Закона...», статья 29 о неотложной госпитализации, порядок госпитализации в психиатрическую больницу. Распространенность психических расстройств в РФ. Клинические методы исследования пациентов с психическими расстройствами (беседа, наблюдение, особенности описания психического статуса, экспериментально-психологический метод).	2

Итого:	2
---------------	----------

3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				сем. № 3
1	2	3	4	5
1	1	Шизофрения	Эпидемиология шизофрении, история. Этиология, патогенез. Критерии по МКБ-10. Облигатные и факультативные признаки. Формы шизофрении (простая, кататоническая, гебефреническая, параноидная). Типы течения. Понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика. Принципы медикаментозной терапии и реабилитации.	1
			Практическая подготовка: курация пациентов, описание психического статуса, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах, решение ситуационных задач.	1
2	1	Аффективные расстройства. Основы суицидологии	Аффективные расстройства. Классификация. Биполярное аффективное расстройство, клиника, диагностика, особенности терапии. Маниакальные и депрессивные эпизоды, клиника, терапия. Дифференциальная диагностика. Понятие о циклотимии и дистимии. Суицидальные действия, причины, виды. Методы выявления суицидальной настроенности. Особенности психотерапевтической и психологической работы с лицами, совершившими суицидальную попытку.	1
			Практическая подготовка: курация пациентов, описание психического статуса, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах, решение ситуационных задач.	1
3.	1	Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга, черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты)	История вопроса. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. Неврологические и соматические нарушения при атрофических процессах головного мозга. Данные лабораторных исследований. Психические нарушения при черепно-мозговой травме, психопатологические синдромы в остром, начальном и периоде отдаленных последствий. Синдромальная терапия. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе сосудов, гипертонической болезни). Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.	3

			<p>Психические расстройства при энцефалитах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>Практическая подготовка: курация пациентов, описание психического статуса, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах, решение ситуационных задач.</p>	1
4.	1	<p>Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические и соматоформные расстройства)</p>	<p>Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики. Психогенные реакции, состояния, психозы.</p> <p>Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная депрессия и паранойд). Неотложная помощь.</p> <p>Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических и соматоформных расстройств по МКБ.</p> <p>Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия.</p> <p>Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний.</p> <p>Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности.</p> <p>Соматоформные расстройства, понятие, классификация, особенности клинической картины и диагностики.</p>	4
			<p>Практическая подготовка: курация пациентов, описание психического статуса, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах, решение ситуационных задач.</p>	2
5.	1	<p>Расстройства личности</p>	<p>Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии. Темперамент, типы, их характеристика. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера.</p> <p>Личность. Уровень зрелости личности. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.</p>	1

			Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях). Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия.	
			Практическая подготовка: курация пациентов, описание психического статуса, клинические разборы пациентов с акцентом на неясных вопросах, решение ситуационных задач.	1
6.	1	Зачетное занятие	Тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	2
Итого:				18

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	3	Организационные и клинические аспекты психиатрии	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	16
Итого часов в семестре:				16
Всего часов на самостоятельную работу:				16

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматические расстройства: руководство	В.Д. Тополянский и др.	М.: Гэотар-Медиа, 2021	-	[Электронный ресурс] да
2	Психиатрия: учебник	Н.Г. Незнанов	М.: Гэотар-Медиа, 2018	-	[Электронный ресурс] да
3	Психиатрия: национальное руководство	ред.: Ю.А. Александровский, Н. Г. Незнанов	М.: Гэотар-Медиа, 2020	1	[Электронный ресурс] да

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Психосоматические расстройства: этиология,	сост. В.И. Багаев, М.В.	ГОУ ВПО Кировская гос. мед.	90	да

	клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед.	Злоказова, А.Ю. Новоселов	акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.		
2	Общая психопатология: курс лекций	Снежневский А.В.	М.: "МЕДпресс-информ", 2015	3	-
3.	Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство	Менделевич В. Д.	М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014	9	да

4.2. Нормативная база

Стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)	F41.1 Генерализованное тревожное расстройство F45 Соматоформные расстройства	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1225н
Клинические рекомендации «Шизофрения»	F20.0 – F20.9	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Паническое расстройство»	F41.0	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство»	F41.1	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста»	F00-03. G30-31. I67-69	взрослые	Одобрено научно-практическим советом Минздрава РФ 2020
Клинические рекомендации «Обсессивно-компульсивное расстройство»	F42.0 – F42.9	взрослые	Утверждены РОП 05.07.2021
Клинические рекомендации «Биполярное аффективное расстройство»	F31.0 – F31.9	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста»	F05	взрослые	Одобрено научно-практическим советом Минздрава РФ 2022

- Приказ от 17 мая 2012 г. N 566н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

На данных сайтах можно найти сведения по разделу «Организационные и клинические аспекты психиатрии»:

- 1) Федеральный портал «Российское образование» (<http://www.edu.ru>)
- 2) Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (<http://whodc.mednet.ru>)
- 3) Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (<http://www.univadis.ru>)

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 23.08.2022 до 31.08.2023 г., номер лицензии 280E-220823-071448-673-1647,
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

<i>Наименование специализированных помещений</i>	<i>Номер кабинета, адрес</i>	<i>Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях</i>
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	конференц-зал (4 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	№1, 2 (5 этаж административного корпуса КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий (наборы таблиц, мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины,

		видеофильмы, ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам), нормативно-правовые документы
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№1, 2 (5 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	№1, 2 (5 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
помещения для самостоятельной работы	№2 (5 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019) читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс"

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на *контактную работу*.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по диагностике психических расстройств у пациентов и тактике при их выявлении.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении темы: ««Закон РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Клинические методы исследования для выявления психических расстройств у пациентов».

Клинические методы исследования для выявления психических расстройств у пациентов.

На лекции излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала происходит в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области диагностики психических расстройств у пациентов.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков при решении ситуационных задач, тестовых заданий, разборах клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практикум по всем темам практических занятий.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Избранные вопросы психиатрии» и включает подготовку к занятиям, текущему контролю, промежуточной аттестации,

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Избранные вопросы психиатрии» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины, обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно готовят обзоры научной литературы, проводят курацию пациентов, оформляют дневники курации и представляют их на занятиях. Обзор научной литературы, написание дневников курации способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствуют формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов (курация пациентов), решения типовых ситуационных задач, тестового контроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

- размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;
- сопровождения электронного обучения;
- организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;
- организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;
- организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);
- контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

- разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;
- советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;
- анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;
- разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	Виды занятий/работ	Виды учебной работы обучающихся	
		Контактная работа (on-line и off-line)	Самостоятельная работа
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате)

			- консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесобразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.

3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.

4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающимися-инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Формы</i>
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся -инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Виды оценочных средств</i>	<i>Формы контроля и оценки результатов обучения</i>
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;
- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ не визуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;
 - организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
 - размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
 - наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;
- 4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

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

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Избранные вопросы психиатрии»**

Специальность 31.08.53 Эндокринология
Направленность программы – Эндокринология
Форма обучения очная

Раздел 1. Организационные и клинические аспекты психиатрии.

Тема 1.1. Шизофрения

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика шизофрении), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при шизофрении

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию шизофрении.
2. Изучить методы диагностики и терапии шизофрении у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с шизофренией, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы шизофрении и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику шизофрении
- методы диагностики шизофрении, особенности общесоматического и неврологического исследований,

- терапию шизофрении

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы шизофрении
- проводить дифференциальную диагностику шизофрении
- назначать терапию шизофрении
- проводить профилактику шизофрении

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления шизофрении
- навыками назначения терапии шизофрении
- навыками проведения профилактики шизофрении

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
2. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении.
3. Формы шизофрении, характеристика.
4. Характеристика типов течения шизофрении.
5. Понятие ремиссии, дефекта и слабоумия при шизофрении.
6. Дифференциальный диагноз шизофрении.
7. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, назначение дополнительных методов обследования, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации пациента.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Тактика врача

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Пациентка Т., 29 лет. В родах отмечалась асфиксия, в раннем детстве явления атопического дерматита. По характеру была малообщительна, близких друзей не имела, отмечалась повышенной чувствительностью и ранимостью. Заболевание манифестировало в возрасте 23 лет. Первые 2 приступа имели типичную депрессивно-параноидную структуру, особенностью которых являлись длительно сохраняющиеся субдепрессивные расстройства с идеями отношения. Структура ремиссий характеризовалась относительно высокой личностной сохранностью и социальной адаптацией.

Ухудшение состояния за 2 недели до госпитализации: стала вялой, рассеянной, считала, что на работе к ней изменилось отношение. В дальнейшем появились идеи самообвинения, говорила, что будет мучиться всю жизнь, не хотела никого видеть. Накануне госпитализации развилось выраженное возбуждение: не отвечала на вопросы, была растеряна, что-то бессвязно кричала, рыдала. При поступлении оказывала сопротивление персоналу, выплевывала пищу и препараты, иногда громко кричала, внезапно падала на пол, билась об него телом. Характер переживаний не выявлялся, речь была отрывочной, бессвязной, со страхом оглядывалась вокруг. Больной был назначен тизерцин 50 мг, трифлуперазин 15 мг. На следующий день больная на вопросы не отвечала, оказывала сопротивление процедурам, тонус мышц был повышен по пластическому типу. С этого дня отмечалось ухудшение соматического состояния: появилась температура до 38 градусов с неправильным характером температурной кривой, тахикардия до 140 ударов в минуту, сухость и бледность кожных покровов, гиперемия, сальность лица, колебания АД. Данных за соматическую причину повышения температуры не было. В последующие 3 дня состояние больной продолжало ухудшаться, нарастали признаки токсикоза. Большую часть времени больная находилась в постели с отрешенным взглядом. Периодически становилась возбужденной, что-то бессвязно кричала, возбуждение было стереотипным и ограничивалась пределами постели. Несколько раз становилась относительно доступной, сказала, что внутри головы слышит «голоса» неприятного содержания.

Алгоритм решения.

1. Синдромы: парноидный, кататонический, онейроидный
2. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение. Фебрильный приступ тяжелой степени.

Диагноз поставлен на основании:

- *чрезвычайной остроты и быстроты симптоматики в развитии последнего приступа. В течение нескольких дней резчайшее кататоническое возбуждение сменяется кататоническим ступором с развитием онейроидного помрачения сознания. Ухудшение психического состояния*

коррелирует с утяжелением соматического статуса. Появление температурной кривой неправильного характера с фебрильными цифрами, неустойчивость АД, вегетативные расстройства, отсутствие соматических причин повышения температуры позволяют говорить о фебрильном приступе шизофрении тяжелой степени.

- особенностей заболевания в целом (достаточно четко очерченные приступы депрессивно-параноидной структуры, высокий уровень социальной адаптации и минимальная выраженность изменений личности) позволяют говорить о приступообразном течении параноидной шизофрении. В преморбидном периоде обращает на себя внимание отягощенность экзогенно-органическими факторами (асфиксия в родах), неблагоприятный аллергический анамнез (атопический дерматит в детстве).

3. Тактика врача

Госпитализация в отделение интенсивной терапии психиатрического стационара.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Пациент 36 лет, доставлен по линии скорой помощи. На приеме: считает, что соседи воздействуют на него датчиками, управляют его действиями и мыслями, все его мысли известны окружающим, слышит внутри головы мужские голоса, которые руководят им.

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика
3. Тактика врача

4. Задания для групповой работы:

Курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, Квалифицирование выявленных нарушений, назначение дополнительных методов обследования, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации пациента.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
2. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении.
3. Формы шизофрении, характеристика.
4. Характеристика непрерывного прогрессивного типа течения.
5. Характеристика приступообразно-прогрессивного типа течения шизофрении.
6. Рекуррентная шизофрения.
7. Понятие ремиссии.
8. Особенности шизофрении у детей и подростков.
9. Понятие дефекта и слабоумия при шизофрении.
10. Дифференциальный диагноз шизофрении.
11. Терапия больных шизофренией.
12. Особенности трудовой, судебной экспертизы при шизофрении.
13. Внебольничная помощь в лечении шизофрении.
14. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для шизофрении характерны (3 варианта)
 - а) неврозоподобные расстройства
 - б) выраженные расстройства памяти
 - в) бредовые расстройства
 - г) галлюцинаторно-бредовые расстройства

2. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно (3 варианта)
- а) падение психической продуктивности
 - б) нарастание эмоциональных изменений
 - в) явления искаженного пубертатного криза
 - г) выраженные амнестические расстройства
3. На какие три группы подразделяются характерные для шизофрении синдромы (3 варианта)
- а) когнитивные
 - б) сложные
 - в) позитивные
 - г) негативные
4. Что характерно для эмоциональных изменений при шизофрении (3 варианта)
- а) слабодушие
 - б) эмоциональная тупость
 - в) эмоциональная неадекватность
 - г) амбивалентность
5. К основным типам течения шизофрении относятся (3 варианта)
- а) непрерывно-прогредиентная
 - б) приступообразно-прогредиентная
 - в) непрогредиентная
 - г) рекуррентная
6. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является (3 варианта)
- а) эмоциональное обеднение
 - б) нарастающая интравертированность
 - в) утрата единства психических процессов
 - г) снижение памяти
7. Для мышления больных шизофренией характерно (2 варианта)
- а) замедление ассоциативного процесса
 - б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 - в) паралогичность
 - г) обстоятельность
8. Для непрерывно текущих форм параноидной шизофрении характерны следующие синдромы (3 варианта)
- а) бредовых
 - б) галлюцинаторных
 - в) дисмнестических
 - г) Кандинского-Клерамбо
9. Для злокачественной шизофрении характерно (3 варианта)
- а) тяжесть конечных состояний
 - б) начало болезни с бредовой симптоматики
 - в) начало болезни с негативной симптоматики
 - г) быстрота наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
10. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)
- а) обманов восприятия
 - б) аутизма
 - в) нарушений мышления
 - г) бредовых расстройств
11. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)
- а) кататонический
 - б) редукции энергетического потенциала
 - в) аутизма
 - г) галлюцинаторный

12. Обязательными для шизофрении являются синдромы (2 варианта)

- а) аффективный
- б) нарушений мышления
- в) эмоциональной дефицитарности
- г) кататонический

13. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении (2 варианта)

- а) эйфория
- б) эмоциональная неадекватность
- в) эмоциональная амбивалентность
- г) благодущие

14. Виды дефектов при шизофрении (3 варианта)

- а) простой
- б) апатоабулический
- в) параноидный
- г) психопатоподобный

Ответы к тесту: 1- а, в, г; 2- а, б, в; 3- а, в, г; 4- б, в, г; 5- а, б, г; 6- а, б, в; 7- б, в; 8- а, б, г; 9- а, в, г; 10- б, в; 11- б, в; 12- б, в; 13- б, в; 14- б, в, г.

4) Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 16 лет, последние месяцы перестал посещать школу, стал безразличным к близким, уединяется. Состояние внезапно изменилось: возбужден, совершает хаотичные, стереотипные движения, стремится ударить окружающих, на обращенную речь не реагирует, повторяет услышанные слова, застывает на непродолжительное время.

- 1. Предварительный диагноз
- 2. Диагностика
- 3. Тактика врача

Задача 2. Пациент, 17 лет, болен психически с детства. Заболевание развивалось постепенно. Клиника характеризовалась нелепым поведением: вместо брюк одевал на ноги рубашку, спал под кроватью, в дверь заходил спиной, был враждебен к матери. Неоднократно лечился в больнице с незначительным улучшением. Настоящий статус: гримасничает, сидит спиной к врачу, кривляется, представился как «кусочек мыла, заряженный в фотоаппарат».

- 1. Предварительный диагноз
- 2. Диагностика
- 3. Тактика врача

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

- 1. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
- 2. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник / - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018
- 3. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2020

Дополнительная литература:

- 1. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов. - ГОУ ВПО Кировская гос. мед. акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.
- 2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
- 3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Тема 1.2. Аффективные расстройства. Основы суицидологии.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и профилактика аффективных расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при аффективных расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию аффективных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии аффективных расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с аффективными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.
4. Рассмотреть понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
5. Изучить методы выявления суицидальной настроенности.
6. Обучить неотложной помощи при суицидальных тенденциях.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств
- методы диагностики психических расстройств, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы аффективных расстройств
- проводить дифференциальную диагностику аффективных расстройств
- назначать терапию аффективных расстройств
- проводить профилактику аффективных расстройств

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления аффективных расстройств
- навыками назначения терапии аффективных расстройств
- навыками проведения профилактики аффективных расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Симптомы и синдромы депрессивных расстройств
2. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
7. Методы выявления суицидальной настроенности
3. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях
2. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
8. Симптомы и синдромы маниакального синдрома
9. Тактика врача при выявлении маниакального синдрома у пациента

2. Практическая подготовка.

1. Курация больных с различными видами аффективных расстройств с целью выявления симптомов и синдромов болезни; диагностика с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных,

2. Назначение дополнительных методов обследования данных параклинического исследования.
3. Постановка предварительного диагноза с учетом сопутствующих синдромов, определение маршрутизации для пациента
4. Доклад анамнестических сведений, обсуждение совместно с преподавателем диагноза, дифференциального диагноза, тактики обследования и маршрутизации.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Тактика врача

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение в течение 3 недель, отсутствие интереса к повседневным делам, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия.

1. Гипотимия, брадикинезия, брадифрения, апатия, суицидальные мысли поступки, сенестопатии (кардиалгии), нарушения сна (бессонница), снижение пищевого влечения, Триада Протопова (тахикардия, мидриаз, запоры), складка Верагута

2. Депрессивный синдром (гипотимия, брадикинезия, брадифрения). Депрессивный эпизод тяжелый

3. Стационарное лечение.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной И., 20 лет, учится в техникуме. Со слов родственников в последние 2-3 года «стал совершенно другим»: не общается даже с самыми близкими друзьями, учеба дается все с большим трудом, практически все время проводит в своей комнате, ничем не занимаясь, бесцельно листает учебники, просто сидит или лежит. Значительно уменьшился словарный запас, общается односложно, бывает, что вообще не может ответить на вопрос по существу. Иногда использует понятные только ему выражения, например, однажды назвал малолитражный автомобиль «машиноциклом», громко включенный телевизор – «телешумом». Временами использует специфические жесты там, где можно было бы употребить слова, так, не найдя приготовленной еды, стал демонстрировать в гостиную пустую тарелку и ложку. Обнаруживает черты негативизма, делая противоположное тому, о чем его просят. Перестал понимать переносный смысл, реагирует только на буквально сформулированные выражения. Эмоционально оскудел, практически перестал не только смеяться, но даже не улыбается. Эгоцентричен, проблемы родных совершенно не вызывают сочувствия. Бывает, что временами к чему-то прислушивается, становится напряжен, тревожен, испуган, но эти состояния довольно быстро проходят. Похудел из-за того, что часто отказывается даже от любимой пищи. Говорит, что чувствует себя нормально, категорически отказывается идти на прием к врачу

Вопросы:

1. Назовите психопатологические синдромы.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Тактика врача.

Задача 2

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинить ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопросы:

1. Назовите психопатологические синдромы.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Тактика врача.

4. Тестирование по теме занятия:

1. Раннее пробуждение и отсутствие чувства сна – типичное проявление
 - а. депрессии
 - б. астенического синдрома
 - в. нарколепсии
 - г. делирия
2. Боли за грудиной часто возникают при
 - а. мании
 - б. депрессии
 - в. неврастении
 - г. эпилепсии
3. Электросудорожная терапия эффективна для больных с
 - а. манией
 - б. деменцией
 - в. депрессией
 - г. эпилепсией
4. На первый план в клиническом состоянии больных с «маскированными депрессиями» выходит
 - а. сомато-вегетативные функциональные расстройства
 - б. нарушения мимики и пантомимики
 - в. пониженное настроение
 - г. интеллектуально-мнестические нарушения
5. Основными признаками мании являются
 - а. повышенное настроение
 - б. повышенное настроение и двигательное возбуждение
 - в. повышенное настроение и ускорение идеаторных процессов
 - г. повышенное настроение, ускорение идеаторных процессов, повышенная двигательная активность
6. Периодическое возникновение только депрессивных состояний характерно для
 - а. биполярного аффективного расстройства
 - б. рекуррентного депрессивного расстройства
 - в. дистимии
 - г. циклотимии
7. Основанием для определения депрессии как вторичной является
 - а. появление депрессии в связи с каким-либо другим психическим или соматическим заболеванием
 - б. наличие депрессии у кого-либо из родственников
 - в. наличие указаний в анамнезе на предшествующие депрессивные состояния
 - г. наличие указаний в анамнезе на предшествующие маниакальные состояния

8. Характерным симптомом астенической депрессии является
 - а. нарушения со стороны двигательной сферы
 - б. измененность восприятия окружающего
 - в. чувство общей соматической слабости и необъяснимой усталости
 - г. чувство бессилия и безволия
9. Характерным симптомом ипохондрической депрессии является
 - а. наличие чувства тревоги в связи с состоянием своего здоровья
 - б. нарушения памяти и внимания
 - в. чувство повышенной утомляемости
 - г. наличие чувства необъяснимой тревоги
10. Основную угрозу жизни больного при депрессивных состояниях представляют
 - а. резкое снижение аппетита, приводящее к развитию кахексии
 - б. упорные нарушения сна
 - в. сниженная самооценка и чувство уверенности в себе
 - г. суицидальные мысли, тенденции, попытки
11. Больные в депрессивном состоянии суицидальные попытки чаще совершают
 - а. в течение дня
 - б. в ранние утренние часы
 - в. вечером
 - г. ночью
12. Максимальная выраженность депрессии у больных отмечается
 - а. в ранние утренние часы
 - б. вечером
 - в. ночью
 - г. в течение дня
13. Ощущение тоски депрессивными больными как физической тяжести за грудиной называется
 - а. ангедония
 - б. атипичная депрессия
 - в. маскированная депрессия
 - г. предсердечная тоска
14. Хроническое заболевание с частой сменой неглубоких по выраженности аффективных фаз называется
 - а. гипотимия
 - б. дистимия
 - в. циклотимия
 - г. маниакально-депрессивный психоз

Ответы к тесту: 1 – а; 2 – б; 3 – в; 4 – а; 5 – г; 6 – б; 7 – а; 8 – в; 9 – а; 10 – г; 11 – б; 12 – а; 13 – г; 14 – в.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Рекуррентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
8. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике

рецидивов.

9. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
10. Методы выявления суицидальной настроенности.
11. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Важнейшим диагностическим признаком биполярного аффективного расстройства считается наличие

- а. интермиссий
- б. хронической депрессии
- в. приступов мании
- г. хронической мании

2. Монополярная депрессия чаще встречается

- а. у мужчин
- б. у женщин
- в. примерно одинаково часто у мужчин и женщин
- г. у детей

3. В генезе МДП наиболее заметную роль играют

- а. генетические факторы
- б. эмоциональные стрессы
- в. злоупотребление ПАВ
- г. травмы головы

4. Для больных МДП характерно

- а. эгоцентризм и эмоциональная ригидность
- б. рассеянность и снижение внимания
- в. подверженность биологическим ритмам
- г. повышенный интерес к философии и религии

5. Типичным соматическим проявлением мании является

- а. тремор
- б. сердцебиение и непереносимость жары
- в. потливость
- г. повышение аппетита и нарушение сна

6. В преобладающем большинстве случаев биполярный аффективный психоз начинается в возрасте

- а. 16-25 лет
- б. 26-35 лет
- в. 36-45 лет
- г. старше 45 лет

7. Исходом биполярного аффективного расстройства является

- а. полное выздоровление
- б. интермиссия без негативной симптоматики
- в. формирование дефекта личности
- г. частая смена аффективных фаз

8. Аффективные психозы несколько чаще развиваются у пациентов

- а. с астеническим телосложением
- б. физически тренированных
- в. склонных к полноте
- г. соматически ослабленных

9. Важнейшим механизмом развития депрессии считается нарушение баланса

- а. норадреналина и серотонина
- б. ГАМК и глутамата
- в. дофамина и ацетилхолина
- г. гистамина и пролактина

10. Психомоторное возбуждение, связанное с повышенным настроением, называется

- а. тревожное
- б. кататоническое
- в. депрессивное
- г. маниакальное

11. Состояние приподнятого настроения с оптимизмом, чувством безграничной радости и веселости, ускоренным темпом мышления называется

- а. гипотимия
- б. гипертимия
- в. патологический аффект
- г. недержание аффекта

12. Гипертимия – это

- а. физиологический аффект
- б. патологический аффект
- в. маниакальный аффект
- г. депрессивный аффект

13. Гипотимия – это

- а. депрессивный аффект
- б. маниакальный аффект
- в. патологический аффект
- г. неадекватный аффект

14. Вариантом простой депрессии является депрессия

- а. сенестопатическая
- б. с бредом самообвинения
- в. с явлениями навязчивости
- г. ипохондрическая

15. Для гипомании характерны

- а. расторможенность
- б. идеи величия
- в. идеи любовного очарования
- г. повышенная энергичность и активность

16. Средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазнопротекающих аффективных психозах, называются

- а. нормотимики
- б. нейрорептики
- в. антидепрессанты
- г. транквилизаторы

Ответы к тесту: 1 – а; 2 – б; 3 - а; 4 - в; 5 - г; 6 - а; 7 - б; 8 - в; 9 - а; 10 - г; 11 - б; 12 – в; 13 – а; 14 – б; 15 – г; 16 – а.

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Задача 1. Больная Т., 40 лет. Последние 10 лет подвержена переменам фаз настроения. Переживает тяжелую депрессию, практически не встает с постели, не занимается домашними делами, ничего не читает, говорит о бессмысленности жизни, несколько раз совершала суицидальные попытки. Такое состояние длится от 1 до 3-х мес., в зависимости от лечения, и затем плавно сменяется выраженной гипертимией, суетливостью, восторженными, радостными переживаниями, сексуальной гиперактивностью. Больная начинает мало спать, пишет стихи, рисует, задумывает в квартире ремонт, пытается устроиться сразу на несколько работ, но ничего не доводит до конца, устремляясь к новым неосуществимым целям. Через несколько месяцев это состояние вновь переходит в депрессию и т.д. В случае адекватного и своевременного стационарного лечения часто удается сохранить ровный фон настроения и добиться более адекватного поведения, но при переводе на амбулаторный режим болезненные проявления обычно возвращаются в прежнем виде.

1. Ведущий синдром.
2. Предварительный диагноз.
3. Диагностика
4. Тактика врача

Задача 2. Больная 54 лет, домашняя хозяйка. Последние 7 мес. постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве. У больной тоскливое, напряженное выражение лица, испытывает страх и тревогу за семью. Опасается, что с нею и с ее родными может случиться что-то, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заниматься, все "валится из рук", ни к чему нет интереса, все потеряло смысл. У сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т.к. она не может работать в таком состоянии, не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они скрывают от нее неизлечимую болезнь. Суевлива, временами возбуждение нарастает, ломает руки, мечется по палате.

1. Ведущий синдром.
2. Предварительный диагноз.
3. Диагностика
4. Тактика врача

Задача 3. Больной Б., 42 лет, инженер. Раннее развитие без особенностей, перенес ряд детских инфекций. Отец – властный человек с эпилептоидными чертами характера. Мать добрая, безвольная, полностью подчиненная отцу. Окончил среднюю школу и институт. Учился всегда хорошо. После окончания института до начала заболевания успешно работал на административных должностях. Все началось в связи со служебной неприятностью, повлекшей понижение по службе. С этого времени у больного отмечались пониженное настроение, нарушение сна, тревога, лиссофобия. После смерти старшего брата и семейных неурядиц присоединились жалобы на боли в эпигастрии, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Постоянное лечение в соматических стационарах вызвало еще большее усиление тревоги, ухудшение сна, возникновение мыслей о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой. Психическое состояние: больной тревожен, несколько напряжен, выражение лица временами тоскливое. Сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, высказывает болезненные переживания по поводу своей несостоятельности. Сон только со снотворным и транквилизаторами. В отделении отмечены выраженное улучшение настроения, особенно к вечеру, после приема курса антидепрессантов.

Вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. Тактика врача

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник / - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018
3. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2020

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов. - ГОУ ВПО Кировская гос. мед. акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Тема 1.3. Психические расстройства при органических поражениях головного мозга (атрофические процессы головного мозга, черепно-мозговая травма, сосудистые заболевания головного мозга, опухоли головного мозга, энцефалиты).

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга.

2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при органических поражениях головного мозга, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при органических поражениях головного мозга
- методы диагностики психических расстройств при органических поражениях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга

- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств при органических поражениях головного мозга

- назначать терапию психических расстройств при органических поражениях головного мозга

- проводить профилактику психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов

- навыками выявления психических расстройств при органических поражениях головного мозга

- навыками назначения терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга

- навыками проведения профилактики психических расстройств при органических поражениях головного мозга

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний

2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при атрофических процессах головного мозга

3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.

4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при сосудистых

заболеваниях головного мозга

5. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при опухолях головного мозга

6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и терапия психических расстройств при энцефалитах

7. Медикаментозная терапия и психотерапия психических расстройств при органических поражениях головного мозга

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, назначение дополнительных методов обследования, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации пациента.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Тактика врача

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной, 60 лет, инженер. На протяжении последних лет «забывчив», выражено снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры – «чтобы не путать». Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к врачам за помощью по поводу снижения памяти и сообразительности, плакал. При посещении врачей был вежливым, приветливым. В тесте «Мини-Ког» пациент воспроизвел 1 слово из 3 и правильно выполнил пробу «Часы». При исследовании на глазном дне обнаружены признаки ангиопатии сетчатки, в лабораторных анализах крови холестерина 8,5 ммоль/л.

Алгоритм решения задачи.

1. Основные симптомы и синдромы:

Фиксационная амнезия, нарушение осмысления, устойчивости и переключения активного внимания, эмоциональная лабильность и слабодушие, психическая утомляемость, критичное отношение к своему состоянию

Лакунарная деменция, астенический

2. Диагноз: Сосудистая деменция. Легкие когнитивные нарушения.

3. Лечение у невролога.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача №1

Больной Г., 52 г., жалуется на утрату трудовых навыков, забывчивость, неспособность найти дорогу домой, резкое снижение памяти на текущие события. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает ГБ, дважды получал ЧМТ. При осмотре: дезориентирован в месте, времени, снижение памяти на текущие события, считает, что завтра ему предстоит жениться. Психолог: выраженное расстройство всех видов памяти, недостаточная целенаправленность, выраженная истощаемость психических процессов. Относительная сохранность процессов обобщения.

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.

Тактика врача

Задача №2

Больная, 57 лет. Поступила с жалобами на резкое снижение памяти, усталость, колебания настроения, частые головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой. На приеме больная часто не

может подобрать нужное слово, считает с ошибками, тремор пальцев рук, в позе Ромберга отклоняется вправо.

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.

Тактика врача

4. Тестирование по теме занятия:

1. В начальном периоде атеросклероза наблюдается

- а) головные боли
- б) утомляемость
- в) раздражительность
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. Для сосудистого психосиндрома характерно

- а) дисмнестические расстройства
- б) астенические проявления
- в) волнообразность течения
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

3. При психических сосудистых заболеваниях головного мозга

- а) психозы возникают лишь в части случаев
- б) может наблюдаться длительная стабилизация
- в) может быть регрессирующее течение
- г) верно все перечисленное
- д) верно а) и в)

4. Систематика сосудистых психических расстройств включает

- а) невротоподобные синдромы
- б) проявления деменции
- в) психотические синдромы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

5. В псевдоневрастенической стадии атеросклероза наблюдается все перечисленное, кроме

- а) головных болей
- б) шума в ушах
- в) головокружения
- г) нарушения сна
- д) отсутствия сознания болезни

6. В начальной стадии атеросклероза наблюдается

- а) головные боли
- б) шум в ушах
- в) головокружение
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

7. При атеросклерозе могут наблюдаться

- а) дисмнестические расстройства
- б) псевдотуморозный синдром
- в) парафренические психозы

- г) все перечисленные признаки
- д) верно б) и в)

8. Личностные изменения при церебральном атеросклерозе

- а) разнообразны
- б) зависят от возраста
- в) зависят от преморбидного склада личности
- г) верно все перечисленное
- д) верно б) и в)

9. При развитии сосудистого заболевания в инволюционном возрасте имеет место все перечисленное, кроме

- а) заострения черт нерешительности
- б) усиления активности
- в) появления склонности к депрессивным реакциям
- г) частых ипохондрических фобий
- д) нарастания личностной ригидности

10. В начальной стадии сосудистого процесса заостряется

- а) тревожная мнительность
- б) повышенная возбудимость
- в) склонность к истерическим реакциям
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответы на тестовые задания: 1-б 2-г 3-г 4-д 5-д 6-г 7-г 8-г 9-б 10-г.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при атрофических процессах головного мозга
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при опухолях головного мозга
5. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при энцефалитах

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля:*

1. Психические нарушения при врожденном сифилисе (непрогредиентные формы) проявляются

- а. задержкой умственного развития различной степени, психопатоподобными состояниями
- б. эпилептиформными расстройствами
- в. сифилитическими менингитами и менингоэнцефалитами
- г. апоплектиформными расстройствами

2. При сифилисе мозга

- а. больной обычно признается нетрудоспособным
- б. всегда определяется первая или вторая группа инвалидности
- в. больной обычно признается трудоспособным

- г. больной обычно признается нетрудоспособным или нуждается в ограничении трудоспособности
3. Депрессивная форма прогрессивного паралича характеризуется
 - а. нигилистическими бредовыми идеями
 - б. ипохондрическими жалобами
 - в. синдромом Котара
 - г. ажитацией
 4. Сифилитический псевдопаралич характеризуется
 - а. эйфорией, беспечностью
 - б. апоплектиформными расстройствами
 - в. остро или постепенно возникающим интеллектуальным снижением
 - г. галлюцинаторно- параноидным синдромом
 5. Сифилис сосудов головного мозга развивается
 - а. в I и II стадиях сифилиса
 - б. во II и III стадиях сифилиса
 - в. только во II стадии сифилиса
 - г. только в III стадии сифилиса
 6. При паротитном энцефалите делирий
 - а. носит рудиментарный характер
 - б. возникает на 2-3 сутки от начала заболевания
 - в. возникновения в 60-70% всех случаев
 - г. никогда не возникает
 7. Параличом Ландри называют следующий вариант течения клещевого энцефалита
 - а. энцефалитический
 - б. полиомиелитический
 - в. менингоэнцефалитический
 - г. энцефаломиелитический
 8. Обратная связь между выраженностью психических расстройств и лихорадки прослеживается при
 - а. виллойском энцефалите
 - б. эпидемическом энцефалите
 - в. японском энцефалите
 - г. герпетическом энцефалите
 9. Редким исходом при японском энцефалите является
 - а. органическая деменция
 - б. шизофреноподобный психоз
 - в. корсаковский синдром
 - г. летальный исход
 10. Для хронической стадии при виллойском энцефалите характерны
 - а. корсаковский синдром, церебрастения, галлюцинаторно- бредовые психозы
 - б. деменция, речевые расстройства, спастические парезы
 - в. миоклонии, глазодвигательные расстройства, снижение памяти
 - г. судорожный синдром, психоорганический синдром, галлюциноз

Ответы на тестовые задания: 1 – а; 2 – г; 3 – б; 4 – в; 5 – б; 6 – а; 7 – г; 8 – в; 9 – в; 10 – б.

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Задача №1

Больной О., 38 лет жалуется на сильные постоянные головные боли, особенно по утрам, резкое снижение памяти, судорожные приступы с потерей сознания, с прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием, приступы амнезирует. При ЭхоЭГ-ком исследовании выявлено смещение срединных структур влево. ЭЭГ: снижение судорожной готовности.

- Выделить синдромы.

- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Тактика врача

Задача №2

Пациент Ш., 36 лет, работник полиции. Участвовал в боевых действиях, получил ЧМТ минно-взрывного характера. Доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным. Однажды утром, 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 милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, притом оказал бурное сопротивление. Был 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, долго не мог поверить, что им совершено тяжкое 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.

- Выделить синдромы.
- Диагноз, дифференциальный диагноз.
- Тактика врача

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 576 с

2. Психиатрия: национальное руководство / Рос. о-во психиатров ; ред. Т. Б. Дмитриева [и др.]. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 1000 с. + эл. опт. диск (CD-ROM) : ил.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия : клин. рекомендации / ред. Н. Г. Незнанов. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 512 с. - (Сер. "Клинические рекомендации")

2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015

3. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов/ ред.

5. Ю.С. Шевченко – М.: "Мед. информ. агентство", 2017

6. Козловский В.Л. Краткий справочник по психофармакологии, фармакотерапии и клинической патологии СПб.: СпецЛит, 2015

Тема 1.4. Психогенные расстройства (расстройства адаптации и ПТСР, невротические и соматоформные расстройства).

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психогенных расстройств), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психогенных расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию различных психогенных расстройств.

2. Изучить методы диагностики и терапии психогенных расстройств у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

3. Обучить практическим методам обследования пациентов с различными психогенными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению

терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психогенных расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику психогенных расстройств
- методы диагностики психогенных расстройств, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психогенных расстройств

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психогенных расстройств
- проводить дифференциальную диагностику психогенных расстройств
- назначать терапию психогенных расстройств
- проводить профилактику психогенных расстройств

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления психогенных расстройств
- навыками назначения терапии психогенных расстройств
- навыками проведения профилактики психогенных расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Психогенные расстройства, классификация.
2. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
3. Классификация невротических расстройств.
4. Клиническая картина невротических расстройств.
5. Клинические проявления обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройств, панических атак.
6. Клиника диссоциативных расстройств.
7. Соматоневрологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная диагностика.
8. Признаки невротического развития личности.
9. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, виды, терапия.
10. Классификация реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).
11. Клинические проявления аффективно-шоковых реакций.
12. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз от эндогенной депрессии.
13. Клинические проявления реактивных истерических психозов.
14. Клиника реактивного параноида, дифференциальная диагностика с параноидной формой шизофрении.
15. Клиническая картина соматоформных расстройств, классификация, тактика врача при их выявлении

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (шкала тревожности Спилбергера-Хагина, депрессии Зунге и Гамильтона, самооценки Дембо-Рубинштейна, личности Айзенка). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации для пациента.

3. Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент 22 года. Родился в семье научных работников. Мать и отец отличались

спокойным и уравновешенным характером, к детям предъявляли высокие требования. В семье ценились трудолюбие, ответственность за порученное дело. Рос и развивался правильно, в школу пошел своевременно, учился хорошо, после окончания школы поступил в институт. В институте с занятиями справлялся, учился без троек. После 3 курса женился. Родители не одобряли его поступок, так как считали, что он сначала должен закончить институт. Решил, что не будет пользоваться материальной помощью родителей, а сам заработает на содержание семьи. С начала 4 курса стал подрабатывать, брал ночные дежурства. Через 3 месяца стал замечать, что труднее сосредоточиться на учебном материале. Сон стал поверхностным, ночью просыпался от каждого шороха. При небольших физических нагрузках появлялись потливость, сердцебиение, при попытке после дежурства заниматься возникала головная боль, «голову как обручем сдавливало». Стал испытывать шум в ушах, неприятные ощущения в области сердца, в желудке и кишечнике. Дома стал раздражительным, возникали конфликты с женой. Состояние особенно ухудшилось после рождения ребенка. Жалея жену, старался по ночам вставать к ребенку. Появилось ощущение, что не спит совсем, прислушивался, утром засыпал на короткий промежуток, вставал разбитый, с головной болью, на лекциях боролся со сном, но дома спать не мог. Вынужден был оставить работу и обратиться к врачу.

При осмотре: выраженные вегетативные нарушения. Спокойно не может сидеть, переставляет ноги, подергивается всем телом. Легко дает аффективные реакции. Когда рассказывает о жене и ребенке, на глазах появляются слезы, огорчен, что не справляется со своими обязанностями. Жалуется на память, на рассеянность («принимаю решение заниматься, а не отвлекаться на посторонние дела, но проходит день, а я ничего не сделал»). Быстро устает от физической и интеллектуальной нагрузки, раздражает музыка, громкие разговоры, яркий свет.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Тактика врача

Алгоритм решения задачи.

1. Основные синдромы:

- неврастенический (утомляемость, сложности с концентрацией внимания, потливость, сердцебиения, неприятные ощущения со стороны внутренних органов, головные боли, раздражительность, нарушения сна с отсутствием чувства отдыха, снижение памяти, гиперестезия) Данный симптомы возникли на фоне значительной хронической психической перегрузки у мужчины с гиперсоциальностью и повышенной ответственностью, что свидетельствует о невротической природе данного заболевания. Симптомы характерны для неврастении.

Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования (необходимо исключить наличие соматических заболеваний, а также шизофрении): общий анализ крови с формулой, анализ мочи, биохимическое исследование крови, экспериментально-психологическое исследование личностных особенностей и мышления.

2. Диагноз: неврастения, гипостеническая фаза.

3. Желательна госпитализация в отделение неврозов для обеспечения щадящего режима дня и вывода из психотравмирующей ситуации, необходимо назначение транквилизаторов с седативным действием на 2-3 недели (тазепам, альпрозолам или сибазон) – для стабилизации эмоционального состояния, снятия психического напряжения и нормализации сна.

Патогенетическим методом в данном случае является личностно-ориентированная психотерапия, которая должна быть направлена на формирование более спокойного отношения к сложившейся жизненной ситуации, а также коррекцию чрезмерной гиперсоциальности и ответственности. Психотерапия должна начинаться с индивидуальной, затем возможно проведение семейной и групповой психотерапии.

Задача 2. Пациент Директор крупного предприятия после проверки прокуратуры стал испытывать страх, снизилось настроение, перестал спать, ждал, когда за ним придут органы милиции. Совершил суицидальную попытку.

1. Назовите синдром
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика врача

Задача 3. Пациент Т., 20 лет, инвалид II группы.

Из анамнеза. Наследственность не отягощена. Родился в семье служащего, вторым по счету. В раннем детстве рос и развивался нормально. В школу пошел с 7 лет, окончил 8 классов, затем работал курьером, слесарем, грузчиком. Из перенесенных заболеваний - ОРЗ, "юношеская гипертония", в настоящее время АД в пределах физиологической нормы. Травмы головы отрицаются.

По характеру общительный, веселый, в то же время несколько мнительный, впечатлительный. В связи с болезнью стал замкнутым, малообщительным. В 12-летнем возрасте, после того как бабушка завела разговор о своей близкой смерти, подумал, что когда-то и он умрет. В течение 3-х месяцев мысли об этом преследовали его.

Осенью выезжал на уборку картофеля. Будучи в поле, почувствовал себя плохо, отмечалась общая слабость, вялость, неприятное ощущение в области сердца, никогда до этого "не чувствовал себя так плохо", возник страх смерти. С тех пор появилось при выходе на балкон желание спрыгнуть с балкона, при поездке в троллейбусе, автобусе, трамвае, местах большого скопления людей хотелось "отмочить что-нибудь постыдное", например, выбить стекло в трамвае. Отмечалось также неодолимое желание складывать в уме номера машин, считал количество стаканов выпитой жидкости, оно должно было быть обязательно четным, если, например, выпивал за сутки 7 стаканов, то хотя пить больше не хотелось, должен был выпить 8-ой, иначе испытывал страх, беспокойство.

1. Назовите синдром
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика врача

Задача 4. Пациент 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, на чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром было трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садился за книги, но прочитав полстраницы, замечал, что механически пробегает глазами строчки, а мысли "где-то далеко". Ко второй половине дня голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома "все выводит из себя": раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, после чего расстроился до слез, попросил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: "Чувствую себя так, будто на мне власяница!" Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза наворачиваются слезы. Стесняется этого, старается скрыть волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

1. Назовите синдром
2. Предварительный диагноз.
3. Тактика врача

4. Задания для групповой работы:

Курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, определение тактики врача, назначение дополнительных методов обследования

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики.
2. Психогенные реакции, состояния, психозы.
3. Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная

депрессия и паранойд). Неотложная помощь.

4. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.

5. Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических расстройств по МКБ-10.

6. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях.

7. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия.

8. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний.

9. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Реактивные состояния являются: (3 варианта)

а) патологической реакцией психотического уровня на психические травмы или стрессовые ситуации

б) наследственно обусловленными заболеваниями

в) проявления болезни непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи

г) следствием конституциональных особенностей личности

д) патологической реакцией, протекающей хронически и необратимо

2. Выделяют следующие формы реактивных психозов: (3 варианта)

а) истерические психозы и психогенные параноиды

б) прогрессирующая деменция

в) острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция)

г) психогенные мании и депрессии

д) острая кататония

3. Для гипокINETической формы острой реакции на стресс характерно: (3 варианта)

а) состояние резкой двигательной заторможенности

б) продолжительность ступора от нескольких часов до нескольких дней

в) развитие галлюцинаторно-бредовой симптоматики

г) переживания, относящиеся к острому периоду психоза, обычно амнезируются

д) характерен синдром регресса личности

4. К истерическим реактивным психозам относятся следующие формы: (3 варианта)

а) острый паранойд

б) истерическое сумеречное помрачение сознания

в) пуэрилизм

г) психогенная депрессия

д) истерический ступор

5. Для синдрома бредоподобных фантазий характерно: (2 варианта)

а) наличие нестойких, не имеющих тенденции к систематизации идей величия, богатства, особой значимости

- б) ощущение "вкладывания" мыслей, чтения их на расстоянии
- в) отражают стремление больных к реабилитации и уходу от травмирующей ситуации
- г) систематизированному бреду сопутствуют обманы восприятия
- д) лживость как черта характера

6. Для клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характерны: (3 варианта)

- а) наплывы навязчивых воспоминаний о пережитой катастрофе, войне, стихийном бедствии
- б) симптомы психического автоматизма
- в) мучающие сновидения с кошмарными сценами пережитого
- г) наплывы зрительных и вербальных галлюцинаций
- д) расстройства адаптации, суицидальные мысли, агрессивное и деструктивное поведение

7. К факторам, способствующим развитию реактивных психозов, относят: (3 варианта)

- а) мужской пол
- б) переутомление, постоянное напряжение
- в) сопутствующие соматические заболевания
- г) недостаток сна, интоксикации (в том числе алкоголизацию)
- д) отсутствие высшего профессионального образования

8. При дисфорических психогенных депрессиях настроение характеризуется: (3 варианта)

- а) беспечностью
- б) подавленностью, тоскливостью
- в) дурашливостью
- г) раздражением, угрюмостью, гневливостью
- д) тревожностью, напряжением, страхом

9. Лечение психогенных реакций и психозов включает (3 варианта)

- а) психотерапию
- б) шоковые методы терапии
- в) медикаментозное лечение
- г) психологическую коррекцию
- д) гигиенические мероприятия

10. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает: (3 варианта)

- а) необходимость удержания больного, прибегая к иммобилизации
- б) внутримышечное введение нейролептиков
- в) социальная реабилитация
- г) применение транквилизаторов
- д) психотерапевтические мероприятия

11. Невротический фобический синдром характеризуется: (3 варианта)

- а) сложным, психологически непонятным характером ритуалов
- б) преобладанием различных фобий к страху смерти, перемещением в пространстве, страхом заболевания
- в) наличием стойких бредовых идей
- г) наличием четкой фабулы
- д) обострением в ситуациях

12. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным: (3 варианта)

- а) преобладают собственно астенические расстройства с наличием гиперстетической, гипостетической формы и раздражительной слабости
- б) нарушением сознания
- в) вербальным галлюцинозом
- г) вегетативными расстройствами
- д) сенсомоторными и аффективными расстройствами

13. Для невротического кардиологического синдрома характерно все перечисленное: (3 варианта)

- а) появление резкой загрудинной боли с проводимостью в левую лопатку при физических нагрузках
- б) разнообразные болевые ощущения в сердце, чаще с локализацией в верхушке
- в) постоянные либо продолжающиеся часами боли
- г) несвязанные с эмоциональным напряжением кардиалгий
- д) большая эффективности седатиков и психотерапии, чем спазмолитиков

14. Для неврастении характерно все перечисленное: (3 варианта)

- а) преобладание общевневрологических (астенических) расстройств
- б) наличие нарушений сна, головных болей, различных вегетовисцеральных расстройств
- в) дурашливость
- г) интеллектуальное снижение
- д) наличие астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств

15. Для лечения невротических расстройств используют: (3 варианта)

- а) психотерапию
- б) инсулинокоматозную терапию
- в) медикаментозное лечение,
- г) физиотерапию
- д) электросудорожную терапию

16. В подостром периоде аффективно-шоковой реакции у подростков преобладают (3 варианта)

- а) заикание, энурез, расстройства сна
- б) регрессивное поведение
- в) астения
- г) страхи
- д) нарушения поведения
- е) расторможенность влечений

Ответы на тестовые задания: 1 – а,в,г; 2 – а,в,г; 3 – а,б,г; 4 – б,в,д; 5 – а,в; 6 – а,в,д; 7 – б,в,г; 8 – б,г,д; 9 – а,в,г; 10 – а,б,г; 11 – б,г,д; 12 – а,г,д; 13 – б,в,д; 14 – а,б,д; 15 – а,в,г; 16 – в,д,е.
Вопросы для установления соответствия.

3.1. Подберите соответствия типов невротического конфликта их толкованию:

- | | | |
|-------------------|-----|--|
| Истерический | [1] | между завышенными притязаниями и требованиями окружающей среды |
| Психоастенический | [2] | между требованиями к себе и собственными возможностями |

Неврастенический [3] между конкурирующими личностными тенденциями

3.2. Соответствие психогенных аномальных реакций их характеристике

реакции оппозиции	[1]	проявляются в подражании в поведении определенному лицу, литературному или кинематографическому герою
реакции отказа	[2]	возникают при предъявлении ребенку или подростку чрезмерных требований, в результате утраты им привычного внимания и заботы со стороны близких
реакции имитации	[3]	наблюдаются у детей при внезапном отрыве от матери, семьи, помещения в детское учреждение

Ответы:

3.1. 1) 2; 2) 1; 3) 3

3.2. 1) 1; 2) 2; 3) 3

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Пациент, 29 лет, самостоятельно обратился за помощью к психотерапевту. Ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние 4 недели после смерти близкого родственника постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом, дизентерией и другими инфекциями. В связи с этим стал очень часто мыть руки (30-40 раз в день), протирать дверные ручки, мебель. В беседе адекватен, подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, но не может освободиться от мысли, что на руках случайно оказалась опасная инфекция. Больной тревожен, просит о помощи, обращает внимание врача на то, что все свободное время у него уходит на мучительные размышления, что за последний год похудел, плохо засыпает. Быстро истощается в беседе. Хорошо поддается психотерапевтическому воздействию.

1) Сформулировать предварительный диагноз:

- а) ананкастное расстройство личности
- б) генерализованное тревожное расстройство
- в) обсессивно-компульсивное расстройство
- г) шизофрения

2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) шизофрении с навязчивостями
- б) тревожно-фобического расстройства
- в) органических атрофических расстройств
- г) ананкастного расстройства личности

3) Патогенетическим методом лечения будет являться

- а) применение ноотропов и витаминов группы В
- б) применение антидепрессантов и транквилизаторов
- в) психотерапия
- г) общеукрепляющая и дегидрационная терапия

Пациентка М., 30 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. После окончания школы вышла замуж, уехала с мужем от родителей в другой город. Через несколько лет после отъезда получила известие о смерти матери и о тяжелом физическом состоянии отца. Сильно переживала, на работе взяла отпуск, поехала на похороны. Когда вернулась в родной город, узнала, что отец также скончался. Весь день плакала, ночью не могла спать. Во время похорон почувствовала себя плохо, упала в обморок. После похорон была вынуждена задержаться, так как необходимо было решать вопрос о наследовании квартиры. По-прежнему сильно переживала случившееся, не могла сосредоточиться, ночью почти не спала, чувствовала себя ослабленной. Днем, на улице стала замечать за собой какого-то незнакомого подозрительного мужчину, который, казалось, все время за ней наблюдает. В этот же день машина, в которой ехала больная, была остановлена сотрудником

ГАИ для проверки. Это ей показалось странным, появилась мысль, что тот незнакомый мужчина и сотрудник ГАИ между собой как-то связаны. Стала подозрительной, напряженной. Чуть позже поняла, что это «мафия», которая хочет завладеть ее квартирой. Предположение усилилось, когда заметила, как возле ее дома одна машина сменяет другую, поняла, что за ней следят. Ночью слышала за дверью какие-то шумы, голоса, казалось, что говорят о ней. Внезапно услышала, что дверь пытаются сломать, схватила топор и выпрыгнула из окна второго этажа, спасаясь от преследователей. Была госпитализирована в психиатрическую больницу. Через сутки осознала, что это «казалось», была спокойна, упорядочена в поведении, рассказывала о своих переживаниях.

1) Сформулируйте предварительный диагноз:

- а) шизофрения параноидная форма
- б) реактивный (психогенный) параноид
- в) индуцированное бредовое расстройство
- г) посттравматическое стрессовое расстройство

2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) шизофрении
- б) стрессовых расстройств
- в) бредовых расстройств
- г) псевдодеменции

3) Лечение включает в себя все, кроме

- а) нейролептиков
- б) транквилизаторов
- в) ноотропов
- г) психотерапии

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021

2. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник / - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018

3. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов. - ГОУ ВПО Кировская гос. мед. акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.

2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015

3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / 5-е изд., перераб. и доп. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Тема 1.5. Расстройства личности.

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика расстройств личности), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных расстройствах личности.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию различных расстройств личности.

2. Изучить методы диагностики и терапии расстройств личности у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

3. Обучить практическим методам обследования пациентов с различными расстройствами личности, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психогенных расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:

- клинику расстройств личности
- методы диагностики расстройств личности, особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию расстройств личности

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы расстройств личности
- проводить дифференциальную диагностику расстройств личности
- назначать терапию расстройств личности
- проводить профилактику расстройств личности

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов
- навыками выявления расстройств личности
- навыками назначения терапии расстройств личности
- навыками проведения профилактики расстройств личности

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение и критерии расстройства личности.
2. Этиопатогенез расстройств личности.
3. Клиническое описание основных типов расстройств личности.
4. Параноидное расстройство личности.
5. Шизоидное расстройство личности.
6. Диссоциальное расстройство личности.
7. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.
8. Истерическое расстройство личности.
9. Психастеническая психопатия.
10. Зависимое расстройство личности.
11. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
12. Диагностика акцентуаций характера по методике ПДО и ММРІ.

2. Практическая подготовка.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, назначение дополнительных методов обследования, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации пациента.

3. Решить ситуационные задачи

Задача 1. Пациент К. 43 года. Примерно с 13-14 лет стал несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог справиться, пользовался камнями, палками, в связи с драками неоднократно имели место приводы в милицию. В армии служил в нестроевых частях. Неоднократно были дисциплинарные взыскания за драки, пререкания с командиром, невыполнение приказов. С 19 лет стал злоупотреблять алкоголем. В нетрезвом состоянии дебоширил, был агрессивным. Периодически возникали вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Подобные аффективные разряды возникали обычно после мелких конфликтов, незначительных ссор. Совершенно не терпел возражений. Каждое замечание вызывало у него гнев. За время трудовой деятельности из-за конфликтов с окружающими переменил десятки мест работы. Иногда его увольняли через 1-2 недели после зачисления на работу (за драку, за отказ выполнить

поручение). Однажды на улице во время ссоры с женой больной вырвал у нее коляску с ребенком и стал неистово трясти ее. Был задержан милицией и направлен в больницу.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Диагностика
4. Тактика врача

Задача 2. Пациент В. 23 года, раннее развитие с опережением, с детства замкнут, избирательно общителен, контакты с окружающими формальные, легко раним, отношение к близким безразличное. Обманов восприятия не обнаруживает, бредовые идеи не высказывает.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Диагностика
4. Тактика врача

Задача 3. Пациентка Т. 35 лет. Анамнез: родилась от тяжелой беременности с токсикозом. Отец по характеру был злобен, драчлив, часто привлекался к уголовной ответственности, закончил жизнь самоубийством. В раннем детском возрасте часто плакала, была пугливой, отмечалось ночное недержание мочи. В возрасте 7-8 лет начала убежать из дома, стала агрессивной, вспыльчивой. Защищая себя, могла кинуть в обидчиков чем попало, обругать. В возрасте 12-13 лет почти все время проводила на улице, нецензурно бранилась, была вспыльчива, несдержанная, кричала, дралась, перестала посещать школу. В 15-17-летнем возрасте стремилась представить себя в лучшем свете, рассказывала о себе, как о несчастной, всеми обижаемой, непризнанной. Стала воровать, несколько раз привлекалась к уголовной ответственности. После окончания школы устроилась продавщицей, но работу часто меняла, более 4-5 месяцев не удерживалась из-за частых конфликтов или воровства. Однажды, после обнаружения пропажи вещей, закричала: «Как вы можете принимать меня за воровку?». В это же время почувствовала, как комок подкатился к горлу, ноги стали как ватные, «потеряла сознание». В дальнейшем, после конфликтов чувствовала, как у нее пропадает голос, ноги от волнения подкашивались. Дважды выходила замуж, однако, дома были частные конфликты, драки. Развод объясняла тем, что ей изменяли, оскорбляли, били.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Бреда, обманов восприятия нет. Мышление логическое. Настроение неустойчивое, раздражительное. Рассказывая о себе, пытается найти оправдание своим поступкам, обвиняет окружающих в том, что ее не понимают, «доводят». Во время беседы периодически жалуется на головные боли, переходит на шепотную речь: «от волнения». Память, интеллект в пределах нормы. В поведении спокойна.

1. Выделите симптомы
2. Предварительный диагноз
3. Диагностика
4. Тактика врача

4. Задания для групповой работы:

Курация пациентов, проведение клинического осмотра, сбор жалоб, анамнеза, психодиагностика, выделение психопатологических симптомов и синдромов, Квалифицирование выявленных нарушений, назначение дополнительных методов обследования, определение тактики врача и дальнейшей маршрутизации пациента.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.).
2. Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии.

3. Темперамент, типы, их характеристика.
4. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера.
5. Личность. Уровень зрелости личности.
6. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
7. Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях).
8. Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову.
9. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Характерными признаками психопатий по П.Б. Ганнушкину являются (3 варианта)

- а) тотальность характерологических нарушений
- б) снижение когнитивных функций
- в) стойкость характерологических нарушений
- г) нарушения ритма сна и бодрствования
- д) выраженность до степени изменения социальной адаптации

2. Чертами паранойяльной психопатии являются: (2 варианта)

- а) дружелюбное отношение к окружающим
- б) недоверчивость, подозрительность,
- в) открытость, готовность помочь
- г) упорство в отстаивании своих убеждений
- д) заниженная самооценка

3. Признаками гипертимной личности являются (2 варианта)

- а) наличие аффективной лабильности
- б) постоянно пониженное настроение
- в) безудержный оптимизм
- г) необщительность, молчаливость, малоподвижность
- д) приподнятость и беззаботность, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций

4. Признаками гипотимной личности являются (2 варианта)

- а) быстрота реакций
- б) постоянное ощущение внутреннего дискомфорта
- в) аутизм
- г) медлительность, неповоротливость
- д) неспособность к глубокому сопереживанию

5. Признаками эмоционально неустойчивого расстройства личности являются (2 варианта)

- а) импульсивность
- б) доброта, сочувствие к окружающим
- в) эмоциональная устойчивость
- г) периодически повторяющиеся эмоциональные колебания с приступами аффекта
- д) эйфоричность

6. Психастении проявляются (2 варианта)

- а) преобладанием конкретного, чувственного восприятия над абстрактным
- б) склонностью к сомнениям и болезненному мудрствованию
- в) достаточным чувством реальности и полноты жизни
- г) живостью, яркостью восприятия окружающего

- д) стремлением к самоанализу
7. Диссоциативное (истерическое) расстройство личности характеризуется (2 варианта)
- а) стремлением казаться в собственном мнении и в глазах окружающих значительной личностью
 - б) отсутствием стремления к оригинальности
 - в) тенденцией к самоанализу
 - г) демонстрацией превосходства
 - д) отсутствием жажды признания у окружающих
8. Главными особенностями шизоидного расстройства личности являются (2 варианта)
- а) общительность
 - б) эмоциональная бедность
 - в) сопереживание проблемам близких
 - г) часто алкоголизируются
 - д) способность к точным наукам
9. Особенности параноидного расстройства личности являются (2 варианта)
- а) пластичность психики
 - б) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
 - в) заниженная самооценка
 - г) склонность к общественной деятельности
 - д) настойчивость, перерастающая в упрямство
10. Чертами зависимого расстройства личности являются (2 варианта)
- а) подчиняемость
 - б) внушаемость
 - в) инициативность
 - г) завышенная самооценка
 - д) мелочность
11. Для ананкастного расстройства личности характерно: (2 варианта)
- а) самостоятельность в принятии решений
 - б) впечатлительность, ранимость
 - в) тревожность
 - г) уверенность в себе
 - д) щедрость
12. Для лечения возбудимых расстройств личности применяются: (2 варианта)
- а) инсулиношоковая терапия
 - б) электросудорожная терапия
 - в) психотерапия
 - г) соннапакс
13. Для социальной адаптации психопатической личности важно (2 варианта)
- а) отсутствие трудовых установок, постоянная смена работ
 - б) оздоровление среды, изоляция от лиц с асоциальными наклонностями, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками
 - в) психотерапевтическая работа с родственниками, имеющая целью улучшить внутрисемейные отношения
 - г) постоянное лечение в стационаре
 - д) отказ от работы с психотерапевтом

14. Для акцентуированных личностей характерно (2 варианта)

- а) выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию
- б) наличие черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
- в) отсутствие подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
- г) черты, которые проявляются в любой ситуации
- д) заострение определенных черт характера, не приводящих к явной социальной дезадаптации

Ответы на тестовые задания: 1 – а, в, д; 2 – б, г; 3 – в, д; 4 – б, г; 5 – а, г; 6 – б, д; 7 – а, г; 8 – б, д; 9 – б, д; 10 – а, б; 11 – б, в; 12 – в, г; 13 – б, в; 14 – б, д.

Вопросы для установления соответствия.

3.1. Подберите соответствия признаков личностным расстройствам:

параноидное расстройство	[1]	эгоистичность, импульсивность, упрямство, лживость, жестокость, недоразвитие высших чувств, неподчинение социальным нормам
шизоидное расстройство	[2]	диспропорциональность в развитии, неспособность сопереживать, интеллектуальность, странные увлечения, беспомощность в быту
диссоциальное расстройство	[3]	ригидность, подозрительность, склонность к фиксации на определённых идеях и представлениях, ограниченность интересов, негативность в оценке окружающих

3.2. . Подберите соответствия признаков личностным расстройствам

ананкастное расстройство	[1]	крайний эгоцентризм, любовь к выступлениям на публике, стремление привлечь к себе внимание, нетерпимость к успеху окружающих
зависимое расстройство	[2]	пассивность, подчиняемость, внушаемость, безынициативность, заниженная самооценка
истерическое расстройство	[3]	сомнения, впечатлительность, ранимость, тревога, педантичность, любовь к чистоте и порядку

Ответы:

3.1. 1) 2; 2) 3; 3) 1

3.2. 1) 3; 2) 1; 3) 2

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач:

Пациент, 35 лет. Обратился к психиатру по своей инициативе. В беседе тревожен, легко волнуется, бросается в глаза неуверенность больного в изложении анамнестических сведений и жалоб. С младших классов отличался повышенной мнительностью, тревожностью, непрактичностью, неспособностью принять решение, познакомиться с понравившимся человеком. При хороших знаниях чрезмерно волновался при ответах на экзаменах, дома постоянно мучительно анализировал неудачные ответы, всегда во всем винил себя. После конфликта в семье плохо засыпает, не знает, чем занять себя, мучительно анализирует "как жить правильно", но так и не находит правильного решения. Похудел, быстро устает на работе, появилась несвойственная ранее раздражительность.

1) Сформулируйте предварительный диагноз

а) ананкастное расстройство личности

б) психастеническое расстройство личности

- в) тревожное расстройство личности
- г) тревожно-фобическое расстройство
- 2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме
 - а) невротических расстройств
 - б) аффективных расстройств
 - в) расстройств личности
 - г) шизофрении
- 3) Основным методом лечения является
 - а) психотерапия
 - б) применение анксиолитиков
 - в) применение нейролептиков
 - г) применение антидепрессантов

Пациентка Д., 34 года. Росла единственным ребенком в семье. Родители были властными, раздражительными. Рано научилась читать, в школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Со сверстниками держалась высокомерно: все казались ей ничтожными, недостаточно «красивыми внешне и внутренне». Внешней красоте придавала большее значение. В одежде, причesке подражала понравившемуся ей человеку, нравилось, когда на нее обращали внимание. В 18 лет стала чрезмерно раздражительной, была капризна, плаксива по пустякам, временами бывали аффективные вспышки с рыданиями. Удалось поступить в институт. В это время отмечала многочисленные увлечения, которые были всегда кратковременными. Быстро потеряв интерес к человеку, становилась пренебрежительной в общении с ним, придирчивой и жестокой. В одежде оставалась экстравагантной. Дома любила принимать гостей, удивлять их красиво накрытым столом, интересными вещами. После окончания института вышла замуж, но очень быстро охладела к мужу. Работой была неудовлетворенная. С мужем были ежедневные ссоры, во время которых громко рыдала, а потом испытывала чувство слабости и разбитости. Однажды во время очередного конфликта возник приступ «удушья», а затем появились судороги. Подобные приступы стали появляться довольно часто при волнующих ситуациях, особенно когда чувствовала себя бессильной изменить ситуацию так, как ей хотелось. После ссоры падала на постель, металась, выкрикивала отдельные фразы, приступ заканчивался плачем, подергиванием конечностей.

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
 - а) истерическое расстройство личности
 - б) шизоидное расстройство личности
 - в) диссоциальное расстройство личности
 - г) ананкастное расстройство личности
- 2) Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме
 - а) шизофрении
 - б) эпилепсии
 - в) бронхиальной астмы
 - г) обсессивно-компульсивного расстройства
- 3) Лечение включает все перечисленное, кроме
 - а) индивидуальной и групповой психотерапии
 - б) антиконвульсантов
 - в) подбор эгоцентрического хобби
 - г) медикаментозной симптоматической терапии

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник / - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018
3. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2020

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов. - ГОУ ВПО Кировская гос. мед. акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Зачетное занятие.

Цель: оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Тестирование** – примерные задания представлены в приложении Б.
2. **Решение ситуационных задач** – примерные задания представлены в приложении Б.
3. **Собеседование** – примерные задания представлены в приложении Б.
4. **Практические навыки** – примерные задания представлены в приложении Б.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Подготовка к зачетному занятию.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Тополянский В.Д. и др. Психосоматические расстройства: руководство - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Незнанов Н.Г. Психиатрия: учебник / - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018
3. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2020

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов. - ГОУ ВПО Кировская гос. мед. акад. Росздрава. – Киров, 2010 г.
2. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций - М.: "МЕДпресс-информ", 2015
3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: практ. руководство / 5-е изд., перераб. и доп. - М. : "ГЭОТАР-Медиа", 2014.

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине (модулю)**

«Избранные вопросы психиатрии»

Специальность 31.08.53 Эндокринология
Направленность программы – Эндокринология
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания		Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<i>УК-1</i> Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте				
<i>ИД УК 1.1</i> Критически анализирует проблемную ситуацию в профессиональной деятельности как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.				
Знать	Не знает методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с психическим здоровьем; методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	Знает методы и приемы медицинского анализа проблем, связанных с психическим здоровьем; методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, может допускать отдельные ошибки	тестирование, ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
Уметь	Не умеет самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	Умеет самостоятельно применять методы выявления симптомов, синдромов психических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней	ситуационные задачи, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование
Владеть	Не владеет навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза психических расстройств с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	Владеет навыками устного и письменного аргументирования постановки предварительного диагноза психических расстройств с дальнейшим определением маршрутизации для данных пациентов	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование

<i>ПК-2</i> Способен проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза				
<i>ИД ПК 2.3.</i> Осуществляет направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи				
Знать	Фрагментарные знания симптомов и синдромов нарушений в психической сфере, при которых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные полноценные систематизированные знания симптомов и синдромов нарушений в психической сфере, при которых необходимо направить пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, собеседование, ситуационные задачи
Уметь	Не сформированное умение проведения обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение проведения обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование, ситуационные задачи, курация пациентов	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное владение навыками обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	Успешное и систематическое владение навыками обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями психической сферы с целью установления диагноза и направления пациентов на дальнейшее лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	курация пациентов	прием практических навыков

	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
--	--	---	--	--

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
УК-1	<p>Примерные вопросы к зачету (с №1 по №12 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Распространенность психических расстройств на современном этапе. 2. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 3. Недобровольное психиатрическое освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар согласно закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы, клиническая характеристика и нозологическая принадлежность. 5. Назовите методы исследования психически больных, для чего они используются? 6. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии. <p>Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля (с №1 по №22 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза. 9. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении. 10. Формы шизофрении, характеристика. 11. Характеристика типов течения шизофрении. 12. Понятие ремиссии, дефекта и слабоумия при шизофрении. 13. Дифференциальный диагноз шизофрении. 14. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении. 15. Аффективные расстройства, этиопатогенез. <p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)</p> <p>1 уровень:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Иллюзии - это: <ol style="list-style-type: none"> а) ложное воспоминание б) гиперестезия в) искаженное восприятие реального объекта по форме г) искаженное восприятие реального объекта по содержанию 2. Галлюцинации - это: <ol style="list-style-type: none"> а) ошибочные суждения, не поддающиеся коррекции б) неправильное восприятие реальных объектов в) произвольно возникающие навязчивые образы г) восприятия, возникающие без реального объекта

3. К признакам висцеральных галлюцинаций относятся:
- а) ощущение присутствия в полостях тела или под кожей инородных предметов, насекомых и т.д.;
 - б) ощущение ползания насекомых по телу;
 - в) возможность точного описания источника ощущений;
 - г) беспредметность ощущений;
 - д) ощущение холода, жара внутри тела.
4. Признаками псевдогаллюцинаций являются:
- а) их неконкретность, бесформенность;
 - б) интерпроекция;
 - в) наличие признаков нарушения сознания;
 - г) ощущение их искусственности;
 - д) их фантастичность.
5. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме
- а) лишения конкретности, реальности
 - б) наличия признаков нарушения сознания
 - в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
 - г) интрапроекции внутри организма
 - д) наличия характера сделанности
6. Сенестопатии это:
- а) локализованные неприятные, тягостные ощущения;
 - б) необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией;
 - в) тягостные болевые ощущения в утраченной конечности;
 - г) тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела.
7. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме
- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
 - б) восприятия, искажения формы и величины своего тела
 - в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
 - д) необычности, вычурности ощущений
8. Для сенестопатий характерны следующие признаки:
- а) полиморфизм проявлений
 - б) вычурный характер ощущений
 - в) необычная топография ощущений
 - г) чувство постороннего влияния
9. В легких случаях деперсонализации отмечается:
- а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
 - б) ощущение измененности окружающего мира;
 - в) снижение полноты восприятия окружающего мира;
 - г) чувство утраты;
 - д) ощущение утраты собственного «Я».
10. К расстройствам мышления относят:
- а) лживость;
 - б) паралогичность;

- в) нескритичность;
- г) соскальзывания;
- д) бахвальство.

11. При синдроме Кандинского- Клерамбо могут наблюдаться следующие виды психических автоматизмов:

- а) идеаторный
- б) сенсорный
- в) моторный
- г) амбулаторный

12. Синдром «восковой гибкости» отмечается у больных с:

- а) манией
- б) депрессией
- в) делирием
- г) кататонией

13. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) физической истощаемости
- б) психической истощаемости
- в) фиксации амнезии
- г) аффективной лабильности

14. Для астенического синдрома характерно:

- а) идеаторная и моторная заторможенность;
- б) психическая истощаемость;
- в) мистические расстройства;
- г) изменение самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов;
- д) расстройства мышления.

15. К начальным регистрам негативных синдромов относятся:

- а) снижение психического тонуса;
- б) дисгармония психического склада;
- в) субъективно осознание изменения личности;
- г) апато-абулия;
- д) кататонический ступор.

16. Депрессивно-идеаторное торможение определяется:

- а) пессимистическим содержанием мыслей;
- б) медленным темпом течения мыслей;
- в) ощущением пустоты в голове;
- г) ментизмом;
- д) шперрунгами.

17. Для депрессивной триады характерно:

- а) двигательная заторможенность;
- б) идеаторная заторможенность;
- в) пониженное настроение;
- г) меланхолический раптус;
- д) иллюзорные расстройства.

18. Классическая депрессивная триада характеризуется

- а) эмоциональным торможением
- б) двигательным торможением
- в) идеаторным торможением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

19. К соматическим признакам депрессии относятся:

- а) запоры
- б) дисменорея
- в) похудание
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

20. У больных эндогенной депрессией обычно:

- а) настроение снижено в течение дня
- б) настроение ухудшается во второй половине дня
- в) настроение зависит от внешней ситуации
- г) настроение снижено в первой половине дня

Ответы на тестовые задания

- 1 - г
- 2 - г
- 3 - абв
- 4 - бг
- 5 - б
- 6 - б
- 7 - б
- 8 - абв
- 9 - абв
- 10 - бг
- 11 - абв
- 12 - г
- 13 - в
- 14 - бг
- 15 - абв
- 16 - абв
- 17 - абв
- 18 - абв
- 19 - г
- 20 - г

2 уровень:

1. Соответствие названий учреждений их определению:

1. Психиатрические стационары	А. подсобное предприятие, предназначенное для трудовой терапии и трудового обучения психически больных, обеспечивающее врачебное наблюдение за ними и, при необходимости, продолжение медикаментозного лечения
2. Психоневрологические диспансеры	Б. учреждение для оказания психиатрической помощи пациентам с купированной острой психотической симптоматикой
3. Дневной стационар	В. предназначены для лечения больных с психическими расстройствами психотического уровня, обследование

	больных и диагностика психических заболеваний, лечение с использованием биологической терапии, психотерапии, социально-трудовой реабилитации, проведения экспертиз и др.
	Г. учреждение, предназначенное для выявления больных с психическими расстройствами, их лечения, дальнейшего наблюдения и реабилитации

2. Соответствие клинической картины атрофическим деменциям

1. болезнь Альцгеймера	А. начало после 65 лет, медленное развитие тотального слабоумия, преобладают расстройства памяти, ориентировки, относительно сохранены жизненные навыки и личностные свойства
2. деменции альцгеймеровского типа	Б. начало до 65 лет, быстрое развитие тотального слабоумия, расстройства памяти по закону Рибо, растущая амнестическая дезориентировка, конфабуляции, алексия, аграфия, агнозия и др.
3. болезнь Пика	В. начало после 70 лет, характерны колебания выраженности когнитивных расстройств, наличие зрительных и слуховых галлюцинаций и экстрапирамидных нарушений
	Г. начало в 50-60 лет, процесс локализуется в лобных долях, характерны аспонтанность, пассивность, бездеятельность, эмоциональное обеднение, распад речи

Подберите соответствия:

1. абсанс	А. приступы без судорог, но с нарушением или изменением сознания, на ЭЭГ очаговая эпилептическая активность
2. сложный парциальный приступ	Б. внезапное кратковременное выключение сознания, на ЭЭГ генерализованная активность в виде медленноволновой или острая-медленная волна
3. простой парциальный приступ,	В. характерно начало в виде судорожного или бессудорожного парциального приступа с последующим двусторонним распространением судорожной двигательной активности на все группы мышц
	Г. приступ без потери сознания на ЭЭГ очаговая эпилептическая активность

- 1) 1 - В ; 2 - Б ; 3 - Г
 2) 1 - Б ; 2 - А ; 3 - Г
 3) 1 - Б ; 2 - А ; 3 - Г ; 4 - В

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1 Пациент М., 53 года. Ранее к психиатру, наркологу не обращался. ЧМТ не было. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение последнего года снизилась память на события прошлого, утратились профессиональные навыки, дома стал с трудом себя обслуживать.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в себе, дезориентирован в месте, времени. Выглядит растерянным, с трудом сообщает анамнестические сведения. Бреда, обманов восприятия выявить не удастся. Жалуется на снижение памяти. Не может назвать лежащие на столе предметы, пытается дать им словесное описание. При письме буквы в словах не разделяет, слова пишет слитно, без интервалов. Не может выполнить элементарные арифметические операции. Не может показать без

предмета, как совершается то или иное действие, нарушена право-левая ориентировка, ориентировка в окружающем. В речи присутствуют отдельные стереотипные обороты. Затрудняется описать свое состояние. При трудностях в выполнении заданий переживает свои неудачи. Настроение не резко снижено. В поведении спокоен, внешне опрятен.
На обзорной рентгенограмме свода и костей черепа без патологии. На ЭЭГ снижение порога судорожной готовности.

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) деменция при болезни Пика
- б) сосудистая деменция
- в) деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом
- г) деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме

- а) болезни Пика
- б) сосудистой деменции
- в) шизофрении
- г) деменции с тельцами Леви

3. Лечение включает в себя все, кроме

- а) холинергических препаратов
- б) электросудорожной терапии
- в) ноотропных препаратов
- г) стимулирующих методов (музыкотерапии, арт-терапии, разгадывания кроссвордов, физических упражнений)

Задача №2 Пациентка, 50 лет. За последние 2 года перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму. Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых тошнота, иногда рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и также внезапно прекращающиеся сердцебиения и повышения температуры. Во время таких, приступов отмечается полиурия. Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что "плывет кровать" или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у нее укорачиваются руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может уснуть.

1. Сформулировать предварительный диагноз

- а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
- б) органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза
- в) органическое заболевание головного мозга атрофической этиологии
- г) органическое заболевание головного мозга опухолевой этиологии

2. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме

- а) острых и преходящих психотических расстройств
- б) деменции при атрофических заболеваниях головного мозга
- в) галлюцинозов позднего возраста
- г) биполярного аффективного расстройства

3. Лечение включает все перечисленное, кроме

- а) транквилизаторов
- б) антиконвульсантов

- в) холинергических препаратов
- г) нейролептиков

Ответы:

Задача 1 : 1) г 2) в 3) б

Задача 2 : 1) а 2) г 3) в

Тестовые задания открытого типа

1. Назовите симптом

Крайне неприятные тягостные ощущения на каком-либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений.

Ответ: Это – сенестопатии

2. Назовите симптом

Разговоры и жесты людей пациент ошибочно воспринимает как угрозу в свои адрес в соответствии с темой сверхценных идей

Ответ: Это интерпретативные иллюзии

3. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Ответ.

1. Амнестический синдром, включающий:

оптико-пространственные нарушения – нарушение зрительной ориентировки в окружающем пространстве: не понимают расстояния, расположение предметов, направление;

апраксию – впечатление, что больные разучились выполнять привычную работу, нарушение целенаправленности движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений;

2. Психическое расстройство при первичном дегенеративном (атрофическом) процессе головного мозга: Болезнь Альцгеймера? Умеренная стадия (стадия клинически выраженных проявлений)

4. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациентка Г., 45 лет. Внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые – тонкие, пожилые – басистые. Слышатся они именно внутри головы, на что точно указывает больная, но исходят из «воздушного пространства, расположенного над больницей». Считает, что летчики интересуются ею и знают её каждый шаг. С «голосами» свыклась, относится к ним добродушно. Выделите психопатологические симптомы.

Ответ: у пациентки имеются вербальные псевдогаллюцинации, комментирующего характера. Синдром – вербального галлюциноза.

5. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациент Б., 22 года. Психическое заболевание возникло остро в связи с недавно перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль,

что он болен туберкулезом гортани, горло у него "сгнило", дыхание "застывает", выпали все зубы, в груди пусто, "все сгнило". Отказывался от еды на том основании, что у него "нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый", все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Ответ

1. Психопатологические симптомы: сенестопатии, висцеральные галлюцинации, деперсонализация, депрессивные ипохондрические бредовые идеи, психические автоматизмы.
2. Галлюцинаторно-бредовый (нигилистический) синдром (Котара).

6. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром
- выделить психопатологические симптомы и синдромы.

Пациентка О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия.

Ответ: симптомы: гипотимия, скорбная мимика, брадидинамия, брадифрения, сенестопатии, снижение аппетита, идеи самообвинения, триада Протопопова (тахикардия, запоры, мидриаз), сухость слизистых. Синдром – депрессивный.

7. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациент К., 47 лет. Находится на стационарном лечении в неврологическом отделении в течение недели (перенес инсульт). Не может вспомнить события, предшествующие инсульту в течение суток: не знает, где был, чем занимался, как себя чувствовал. На вопросы из его прошлой жизни отвечает не сразу, длительное время, вспоминая биографические сведения, иногда воспоминания не соответствуют действительности. Жалуется на сниженную память, не может вспомнить текущую дату и имя лечащего врача. Ответ: симптомы: антеро-ретроградная амнезия, фиксационная амнезия, парамнезии. Корсаковский синдром.

8. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

У пациентки М., 21 год, вскоре после поступления в психиатрическую больницу развилось состояние, которое длилось несколько дней. Она лежала в постели с раскрытыми глазами, периодически совершала руками плавательные движения, в контакт не вступала. В дальнейшем она рассказала, что видела себя находящейся на Луне, среди роботов и причудливых луноходов. Отталкиваясь от поверхности Луны, она летала над ней, а когда её босые ноги ступали на лунный грунт, она чувствовала вечный холод камней и ноги её мерзли.

Ответ: пациентка дезориентирована, имеется отрешенность от реальности, стереотипные нецеленаправленные движения – кататонический синдром, фантастические галлюцинации, во время которых она спокойна, видит себя со стороны, следовательно, это онейроид.

9. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром
 Пациент К., 39 лет. Правильно называет собственное имя и отчество, не может сказать, какое сегодня число. На лице страх, озирается по сторонам, стряхивает с себя что-то. Заявляет, что он находится в цехе, на него летит стружка. На вопросы отвечает непоследовательно: неожиданно замолкает и делает какие-то движения - объясняет это тем, что переносит ящики.
 Ответ: Пациент дезориентирован в месте и времени, сохранена ориентировка в собственной личности. Тревожен, имеются истинные зрительные, тактильные, вербальные галлюцинации, совершает профессиональные действия, считает, что он на работе. Это-профессиональный делирий.

10. Ответьте на вопросы к задаче:
 - назовите симптомы и ведущий синдром
 Больной С., 48 лет. Жалобы на снижение настроения, чувство внутреннего напряжения, ранние пробуждения, боли за грудиной при небольшой физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, появились после трагической гибели сына в ДТП. Считает себя виноватым.
 Ответ: снижение настроения, внутреннее напряжение, кардиалгии, слабость и утомляемость, а также чувство виновности в смерти сына – это симптомы, характерные для реактивной депрессии.

Примерные ситуационные задачи

Задача 1

Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные оклики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось.

Вопросы:

1. Определить ведущие симптомы и синдромы
2. Тактика ведения больного.
3. Решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

Решение:

13. У пациента имеются истинные вербальные галлюцинации, тактильные псевдогаллюцинации с чувством сделанности, бред преследования, интерпретативные вербальные галлюцинации, страх смерти, агрессивное поведение в отношении преследователей. Ведущий синдром – галлюцинаторно-параноидный.

14. Предварительный диагноз: алкогольный галлюциноз

3. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке

при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

- а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих
- б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

Поскольку у пациента имеются выраженные психические расстройства (острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика), и пациент представляет опасность для окружающих, он, согласно п. «а» ч.4 ст.23 Закона подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию и последующей госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке в случае отказа от госпитализации.

Задача 2

Пациентка М. больна в течение многих лет. С 12-летнего возраста стали нарастать изменения личности: стала пассивной, безразличной и холодной к матери, перестала учиться в школе, ничем не занималась. Живёт с матерью, которая полностью её обслуживает, ни к чему не проявляет интереса. Целыми часами стереотипно раскачивается, сидя на стуле, речь разорванная, иногда становится жестокой к матери, бьёт её, прожорлива, контакт с больной затруднён.

Вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. Тактика врача

Решение:

1. Апат-абулический синдром, негативизм к матери, расторможенность инстинктивных влечений (булимия), снижение интеллекта (шизофреническая деменция, разорванность мышления)
2. Шизофрения, простая форма
3. Дать направление на консультацию к психиатру

Задача 3

У больного появилось недовольство тем, что жена слишком оживлена в компании, кокетничает с молодыми людьми, подчеркнуто развязно танцует; он подметил, что и на улице жена как-то «умышленно» привлекает к себе своим поведением внимание мужчин, краснеет при встрече с ними. Семейные ссоры становились обыденным явлением. Поводом могло послужить незначительное опоздание с работы, «подозрительное пятно» на платье или белье, визит родственников и т.д. В целях проверки и подтверждения своих подозрений муж обшаривал сумки жены, карманы, осматривал ее белье. В связи с такого рода подозрениями был агрессивен по отношению к жене: наносил побои, угрожал расправой.

Вопросы:

1. Выделить симптомы, синдромы
2. Поставить предварительный диагноз
3. Тактика врача

Решение:

1. Бред ревности, интерпретативные иллюзии, нелепое поведение, агрессия в отношении жены
2. Бред ревности на фоне параноидного расстройства личности
3. Дать направление на консультацию к психиатру

Примерные практические навыки

- Установить контакт с пациентом

	<ul style="list-style-type: none"> • Поставить предварительный диагноз с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования. • Интерпретировать результаты анализов, рентгенограмм, ЭЭГ-исследований, заключений КТ и МРТ, консультаций специалистов для проведения дифференциального диагноза с целью выявления психического расстройства у пациентов. <p>Примерные задания при курации пациентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • В ходе беседы выделить ведущие симптомы и синдромы • Поставить предварительный диагноз • Назвать необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования
<p>ПК-2</p>	<p>Примерные вопросы к зачету (с №13 по №24 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите нозологические классификации психических заболеваний. 2. Этиопатогенез, клиника и диагностика шизофрении. 3. Формы и типы течения шизофрении, дифференциальный диагноз шизофрении. 4. Этиопатогенез, клиника и дифференциальная диагностика аффективных расстройств. 5. Этиопатогенез, клиника и диагностика психических расстройств при атрофических процессах головного мозга. 6. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий. 7. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга. 8. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при энцефалитах. <p>Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля (с №23 по №46 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Психогенные расстройства, классификация. 2. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов. 3. Классификация невротических расстройств. 4. Клиническая картина неврастении. 5. Клинические проявления обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройств, панических атак. 6. Клиника диссоциативных расстройств. 7. Соматоневрологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная диагностика. 8. Признаки невротического развития личности. 9. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. 10. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях. <p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)</p> <p>1 уровень:</p> <p>21. Прогрессирующая амнезия встречается в клинике:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) шизофрении б) эпилепсии в) олигофрении

г) сенильного слабоумия

22. В клинике синдрома Корсакова наблюдаются:

- а) иллюзорное восприятие окружающего
- б) фиксационная амнезия
- в) зрительные галлюцинации
- г) дезориентировка в месте и времени

23. К синдромам помраченного сознания относятся:

- а) делирий
- б) сумерки
- в) онейроид
- г) аменция

24. К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся:

- а) патологическое опьянение;
- б) сумеречные состояния;
- в) патологические просоночные состояния;
- г) патологический аффект;
- д) психосенсорная аура.

25. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) кататонических включений
- б) помрачения сознания
- в) наплыва парейдолий и сценopodobных зрительных галлюцинаций
- г) резко выраженных двигательных возбуждений
- д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств

26. Делириозное помрачение сознания возможно при:

- а) алкоголизме
- б) черепно-мозговой травме
- в) инфекционном заболевании
- г) остром приступе шизофрении

27. Клиническая картина развернутого делирия характеризуется:

- а) наплывом парейдолий, сценopodobных зрительных галлюцинаций;
- б) двигательным беспокойством;
- в) помрачением сознания;
- г) кататоническими нарушениями;
- д) массивными псевдогаллюцинациями.

28. Делирий можно наблюдать при:

- а) острой стадии эпидемического энцефалита
- б) интоксикациях;
- в) инфекционных заболеваниях;
- г) шизофрении;
- д) эпилепсии.

29. Онейроид представляет собой:

- а) пароксизмальное помрачение сознания
- б) иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания

- в) сумеречное помрачение сознания
г) сновидно- фантастическое помрачение сознания
30. Кататонический синдром характерен для клиники:
а) алкоголизма
б) маниакально-депрессивного психоза
в) эпилепсии
г) шизофрении
31. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме
а) обездвиженности застывшего амимичного лица
б) выраженного депрессивного аффекта
в) повышения мышечного тонуса
г) длительно сохранения одной позы
д) отказа от речи, негативизма
32. Основными чертами шизоидного аутизма являются
а) замкнутость
б) недостаток интуиции, "непосредственного чутья действительности"
в) недостаток сопереживания
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
33. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме
а) снижения энергетического потенциала
б) эмоционального обеднения
в) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
г) утраты единства психических процессов
д) нарастающей интравертированности
34. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме
а) возникновения в зрелом возрасте
б) начала болезни с негативной симптоматикой
в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма
д) тяжести конечных состояний
35. Паранойяльная шизофрения развивается у лиц с чертами
а) гиперактивности, настойчивости, обостренной нетерпимости к несправедливости
б) педантизма, склонности к порядку, рутине
в) замкнутости, мечтательности, стеснительности, пониженной самооценки
г) тревожной мнительности, неуверенности в своих силах
д) возбудимости
36. Конечным состоянием при параноидной шизофрении является
а) тупое слабоумие
б) манерное слабоумие
в) шизофазия
г) бормочущее слабоумие
д) негативистическое слабоумие

37. Для дифференциальной диагностики шизофрении и маниакально- депрессивного психоза имеют значение следующие признаки

- а) течение сдвоенными аффективными состояниями
- б) течение строенными аффективными состояниями
- в) континуальный тип течения
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

38. Эпилепсия – хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками

- а) ранним началом (детский, юношеский возраст)
- б) разнообразными пароксизмальными расстройствами
- в) типичными изменениями личности
- г) всеми перечисленными
- д) ни одним из перечисленных

39. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма

- а) головными болями
- б) головокружениями
- в) вегетативными расстройствами
- г) разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, надвигающихся предметов
- д) всеми перечисленными

40. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме

- а) кратковременного расстройства сознания (несколько секунд - десятки секунд)
- б) сохранения в памяти субъективных переживаний
- в) аффективной симптоматики
- г) амнезии окружающей обстановки
- д) отсутствия судорожного компонента

Ответы на тестовые задания

- 21 - г
- 22 - г
- 23 - бг
- 24 - абвг
- 25 - г
- 26 - а
- 27 - абв
- 28 - абв
- 29 - абв
- 30 - г
- 31 - г
- 32 - б
- 33 - г
- 34 - в
- 35 - а
- 36 - а
- 37 - в
- 38 - г
- 39 - г

40 - д

7. уровень:

1. Определите соответствие условий оказания психиатрической помощи:

1. Психиатрическая помощь гражданам РФ	А. применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, и по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом
2. Несоввершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным	Б. психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном Законом
3. Принудительные меры медицинского характера	В. оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных Законом
	Г. применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния

2. Соотнесите методы обследования их определению:

1. Общая психологическая оценка	А. использует экспериментальные методики-тесты, с помощью которых выявляются особенности функционирования отдельных сфер психической деятельности и интегративных образований — темперамента, характера, свойств личности
2. Патопсихологическая диагностика	Б. метод объективного измерения одного или нескольких аспектов целостной личности через вербальные ответы на определенным образом, сформулированные вопросы или через другие поведенческие проявления
3. Психологическое тестирование	В. позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий
4. Контент-анализ	Г. обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов
	Д. предполагает исследование документов или любых других источников и позволяет выделить определенные смысловые единицы содержания и формы передачи информации в каком-либо тексте

3. Соответствие симптомов виду деменции:

1. Органическая	А. Врожденное отставание в развитии с невозможностью формирования абстрактного мышления
2. Эпилептическая	Б. Нарастающая обстоятельность мышления с концентрацией на своей жизни и болезни
3. Шизофреническая	В. Снижение памяти, нарушение осмысления, эмоциональная лабильность
	Г. Разноплановость, аутичность, паралогичность, символизм

Ответы на задания 2 уровня:

1) 1 - В ; 2 - Б ; 3 - Г

2) 1 - В ; 2 - А ; 3 - Б ; 4 - Д

3) 1 – В ; 2 – Б ; 3 - Г

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1. Больной Д., 29 лет. После перенесенного ОРВИ на фоне сохраняющейся слабости появилось пониженное настроение, адинамия. Через 2 недели больной стал деятельным, суетливым, отмечался короткий сон с ранним пробуждением, вмешивался в работу сослуживцев, давал им советы, настроение было приподнятое. Через несколько дней больной стал настороженным, подозрительным, замечал на себе «пристальные» взгляды прохожих, улавливал «особое значение» в их поступках, считал, что отношение сослуживцев к нему изменилось, т.к. ему «завидуют». В дальнейшем стал высказывать идеи о том, что на него кто-то воздействует, что проявляется в постороннем наплыве мыслей. Утверждал, что окружающие люди догадываются о его мыслях. Окружающее воспринималось как «измененное», «как эксперимент», «испытание». Настроение менялось в течение суток с быстрым переходом от восторга к тревоге и страху, при этом больной начинал высказывать или отрывочные идеи величия, или идеи виновности. Поведение определялось болезненными переживаниями. Данное состояние длилось в течение 1,5 месяцев, после чего в течение 3 недель сохранялось нерезко сниженное настроение, адинамия, апатия, астения.

1. Назовите основные симптомы:

- а) бред отношения
- б) бред воздействия
- в) кататонический синдром
- г) онейроид

2. Сформулируйте предварительный диагноз

- а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
- б) соматоформное расстройство
- в) аффективный психоз
- г) инфекционный психоз

3. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме

- а) шизофрения
- б) деменция при атрофических заболеваниях головного мозга
- в) соматический психоз
- г) биполярного аффективного расстройства

Задача №2. Больная М., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В возрасте 14 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. На фоне приема ПЭП приступы 1-2 раза в 2-3 месяца. Ухудшение состояния произошло после того, когда больная была уволена с предприятия по сокращению штатов. Приступы участились до 2-3 раз в неделю, их продолжительность увеличилась, в связи с чем больная была госпитализирована в стационар. При осмотре врачом больная внезапно упала, при попытке открыть глаза сопротивлялась осмотру, не реагировала на внешние раздражители, наблюдались судорожные подергивания рук и ног, такое состояние длилось 10-12 минут, после чего больная встала, села на стул, жаловалась на слабость и головные боли. При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти. На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга.

1. Назовите основные симптомы:

- а) пароксизмальные расстройства
- б) истерический припадок
- в) фебрильные приступы

2. Сформулируйте предварительный диагноз

- а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
- б) истерическое двигательное расстройство
- в) эпилепсия
- г) инфекционный психоз

3. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме

- а) шизофрения
- б) истерическое двигательное расстройство
- в) судорожный синдром
- г) энцефалит

Ответы:

Задача 1: 1) – а,в; 2) г 3) б

Задача 2: 1) а 2) б 3) а

Тестовые задания открытого типа

1. Назовите симптом

Крайне неприятные тягостные ощущения на каком-либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений.

Ответ: Это – сенестопатии

2. Назовите симптом

Разговоры и жесты людей пациент ошибочно воспринимает как угрозу в свои адрес в соответствии с темой сверхценных идей

Ответ: Это интерпретативные иллюзии

3. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущие синдромы

- поставьте предварительный диагноз

Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Ответ.

1. Амнестический синдром, включающий:

оптико-пространственные нарушения – нарушение зрительной ориентировки в окружающем пространстве: не понимают расстояния, расположение предметов, направление;

апраксию – впечатление, что больные разучились выполнять привычную работу, нарушение целенаправленности движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений;

2. Психическое расстройство при первичном дегенеративном (атрофическом) процессе головного мозга: Болезнь Альцгеймера? Умеренная стадия (стадия клинически выраженных проявлений)

4. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациентка Г., 45 лет. Внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые – тонкие, пожилые – басистые. Слышатся они именно внутри головы, на что точно указывает больная, но исходят из «воздушного пространства, расположенного над больницей». Считает, что летчики интересуются ею и знают её каждый шаг. С «голосами» свыклась, относится к ним добродушно. Выделите психопатологические симптомы.

Ответ: у пациентки имеются вербальные псевдогаллюцинации, комментирующего характера. Синдром – вербального галлюциноза.

5. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациент Б., 22 года. Психическое заболевание возникло остро в связи с недавно перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него "сгнило", дыхание "застывает", выпали все зубы, в груди пусто, "все сгнило". Отказывался от еды на том основании, что у него "нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый", все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Ответ

1. Психопатологические симптомы: сенестопатии, висцеральные галлюцинации, деперсонализация, депрессивные ипохондрические бредовые идеи, психические автоматизмы.

2. Галлюцинаторно-бредовый (нигилистический) синдром (Котара).

6. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

- выделить психопатологические симптомы и синдромы.

Пациентка О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия.

Ответ: симптомы: гипотимия, скорбная мимика, брадидинамия, брадифрения, сенестопатии, снижение аппетита, идеи самообвинения, триада Протопопова (тахикардия, запоры, мидриаз), сухость слизистых. Синдром – депрессивный.

4. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациент К., 47 лет. Находится на стационарном лечении в неврологическом отделении в течение недели (перенес инсульт). Не может вспомнить события, предшествующие инсульту в течение суток: не знает, где был, чем занимался, как себя чувствовал. На вопросы из его прошлой жизни отвечает не сразу, длительное время, вспоминая биографические сведения, иногда воспоминания не соответствуют действительности. Жалуется на сниженную память, не может вспомнить текущую дату и имя лечащего врача.

Ответ: симптомы: антеро-ретроградная амнезия, фиксационная амнезия, парамнезии. Корсаковский синдром.

16. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

У пациентки М., 21 год, вскоре после поступления в психиатрическую больницу развилось состояние, которое длилось несколько дней. Она лежала в постели с раскрытыми глазами, периодически совершала руками плавательные движения, в контакт не вступала. В дальнейшем она рассказала, что видела себя находящейся на Луне, среди роботов и причудливых луноходов. Отгалкиваясь от поверхности Луны, она летала над нею, а когда её босые ноги ступали на лунный грунт, она чувствовала вечный холод камней и ноги её мерзли.

Ответ: пациентка дезориентирована, имеется отрешенность от реальности, стереотипные нецеленаправленные движения – кататонический синдром, фантастические галлюцинации, во время которых она спокойна, видит себя со стороны, следовательно, это онейроид.

17. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Пациент К., 39 лет. Правильно называет собственное имя и отчество, не может сказать, какое сегодня число. На лице страх, озирается по сторонам, стряхивает с себя что-то. Заявляет, что он находится в цехе, на него летит стружка. На вопросы отвечает непоследовательно: неожиданно замолкает и делает какие-то движения - объясняет это тем, что переносит ящики.

Ответ: Пациент дезориентирован в месте и времени, сохранена ориентировка в собственной личности. Тревожен, имеются истинные зрительные, тактильные, вербальные галлюцинации, совершает профессиональные действия, считает, что он на работе. Это-профессиональный делирий.

18. Ответьте на вопросы к задаче:

- назовите симптомы и ведущий синдром

Больной С., 48 лет. Жалобы на снижение настроения, чувство внутреннего напряжения, ранние пробуждения, боли за грудиной при небольшой физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, появились после трагической гибели сына в ДТП. Считает себя виноватым.

Ответ: снижение настроения, внутреннее напряжение, кардиалгии, слабость и утомляемость, а также чувство виновности в смерти сына – это симптомы, характерные для реактивной депрессии.

Примерные ситуационные задачи

Задача 1.

Больной В., 22 лет, студент. Проживает один. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. Со слов родственников, в последнее время бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

Вопросы:

1. Тактика врача-психиатра

2. Какие имеются основания для недобровольной госпитализации в данном случае

Решение:

1. госпитализировать в психиатрическое отделение в добровольном порядке при наличии согласия пациента. Госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке без согласия пациента, согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи"

2. непосредственная опасность для себя или окружающих. Существенный вред здоровью психически больного лица, если это лицо будет оставлено без психиатрической помощи

Задача 2.

Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. Был агрессивен к родственникам. Была вызвана бригада скорой психиатрической помощи. При осмотре напряжен, беспокоен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует оставить его в покое. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, родных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намек», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом. Категорически отказывается от медицинской помощи.

Вопросы:

1. Тактика врача скорой психиатрической помощи.
2. Какие имеются основания для недобровольной госпитализации в данном случае.

Решение:

1. госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи"
2. непосредственная опасность для себя или окружающих. Может принести существенный вред здоровью, если будет оставлен без психиатрической помощи

Задача 3

Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Вопросы:

1. Определите симптомы, синдромы
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Определите тактику врача

Решение:

3. Апраксия, аграфия, тотальная деменция.
4. Болезнь Альцгеймера.
5. Направить пациентку в Центр лечения дегенеративных заболеваний

Примерные практические навыки

- Уметь выявлять у больных симптомы и синдромы психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения;
- Описать психический статус.
- Провести психиатрическое, неврологическое и общесоматическое исследования пациентов
- Уметь назначить данные дополнительных лабораторно-инструментальных исследований и консультации специалистов для уточнения диагноза
- Выявить больных, нуждающихся в добровольной и недобровольной госпитализации
- Определить показания к госпитализации в психиатрический стационар.

	<ul style="list-style-type: none"> • Заполнить медицинскую документацию при госпитализации пациентов в психиатрический стационар
	<p>Примерные задания при курации пациентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Установить контакт с пациентом • В ходе беседы выделить ведущие симптомы и синдромы • Поставить предварительный диагноз • Назвать необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования • Определить тактику врача при выявлении пациента с психическим расстройством

Критерии оценки зачетного собеседования, собеседования текущего контроля:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;

«не зачтено» - 70 баллов и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач:

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

Критерии оценки практических навыков:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки курации пациентов:

- **«зачтено»** - обучающийся устанавливает контакт с пациентом, выявляет в ходе беседы симптомы, объединяет их в синдромы, устанавливает предварительный диагноз, называет необходимые для постановки диагноза дополнительные методы обследования.

- «не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний, умений и владений, не может выявить симптомы, определить ведущий синдром и поставить предположительный диагноз и называет отдельные дополнительные методы обследования.

2.2. Примерные вопросы к зачету, собеседованию текущего контроля

Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля

1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
2. Облигатные и факультативные симптомы шизофрении.
3. Формы шизофрении, характеристика.
4. Характеристика типов течения шизофрении.
5. Понятие ремиссии, дефекта и слабоумия при шизофрении.
6. Дифференциальный диагноз шизофрении.
7. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.
8. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
9. Типы течения аффективных расстройств.
10. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика.
11. Рекуррентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
12. Варианты типичных и атипичных депрессий.
13. Монополярное течение маниакальных эпизодов, клиника, диагностика.
14. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
15. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
16. Методы выявления суицидальной настроенности.
17. Неотложная помощь при суицидальных тенденциях.
18. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
19. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
20. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга.
21. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при опухолях головного мозга.
22. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при энцефалитах.
23. Психогенные расстройства, классификация.
24. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
25. Классификация невротических расстройств.
26. Клиническая картина неврастении.
27. Клинические проявления обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройств, панических атак.
28. Клиника диссоциативных расстройств.
29. Соматоневрологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная диагностика.
30. Признаки невротического развития личности.
31. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
32. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях.
33. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний.
34. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика

истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности.

35. Определение и критерии расстройства личности.
36. Этиопатогенез расстройств личности.
37. Клиническое описание основных типов расстройств личности.
38. Параноидное расстройство личности.
39. Шизоидное расстройство личности.
40. Диссоциальное расстройство личности.
41. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.
42. Истерическое расстройство личности.
43. Психастеническая психопатия.
44. Зависимое расстройство личности.
45. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
46. Диагностика акцентуаций характера по методике ПДО и ММРІ.

Примерные вопросы к зачету

1. Распространенность психических расстройств на современном этапе.
2. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Недобровольное психиатрическое освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар согласно закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
4. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы, клиническая характеристика и нозологическая принадлежность.
5. Назовите методы исследования психически больных, для чего они используются?
6. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии.
7. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами.
8. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами.
9. Лабораторные и инструментальные методы исследования в психиатрии.
10. Экспериментально-психологический метод исследования в психиатрии.
11. Генетические методы исследования психически больных.
12. Особенности описания психического статуса
13. Назовите нозологические классификации психических заболеваний.
14. Этиопатогенез, клиника и диагностика шизофрении.
15. Формы и типы течения шизофрении, дифференциальный диагноз шизофрении.
16. Этиопатогенез, клиника и дифференциальная диагностика аффективных расстройств.
17. Этиопатогенез, клиника и диагностика психических расстройств при атрофических процессах головного мозга.
18. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при черепно-мозговой травме в острый, начальный и период отдаленных последствий.
19. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга.
20. Этиопатогенез, клиника, диагностика психических расстройств при энцефалитах.
21. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика невротических расстройств.
22. Этиопатогенез, клиника, диагностика психогенных расстройств (расстройства адаптации и ПТСР).
23. Этиопатогенез, клиника, диагностика соматоформных расстройств
24. Этиопатогенез, клиника, диагностика расстройств личности

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты).

Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по ситуационным задачам. Результат собеседования определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачетные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.3. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля в связи со спецификой дисциплины при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения

практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.