

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 16.03.2022 09:19:41
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb7a18c939f31

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Е.Н. Касаткин
«20» апреля 2017 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»

Специальность 37.05.01 Клиническая психология

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 5 лет 6 мес

Кафедра психологии и педагогики

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 37.05.01 Клиническая психология, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» сентября 2016 г. протокол № 1181
- 2) Учебного плана по специальности 37.05.01 Клиническая психология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «16» декабря 2016 г., протокол № 11.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой психологии и педагогики «24» марта 2017 г. (протокол № 9)

Заведующий кафедрой И.В. Новгородцева

советом социально-экономического факультета «24» марта 2017 г. (протокол № 3)

Председатель Совета социально-экономического факультета Л.Н. Шмакова

Центральным методическим советом «20» апреля 2017 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

доцент кафедры психологии и педагогики,
к.п.н., доцент Ю.П. Санникова

Рецензенты:

Внутренний рецензент:

зав. кафедрой гуманитарных и социальных наук
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,
к.и.н., доцент Л.Г. Сахарова

Внешний рецензент:

заведующая отделением сестринского дела и фельдшерского дела
Кировского медицинского колледжа, к.п.н. О.В. Бельтюкова

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. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	7
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	7
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)	9
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	13
3.7. Лабораторный практикум	13
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	13
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	13
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	13
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	14
4.2.1. Основная литература	14
4.2.2. Дополнительная литература	14
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	14
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	14
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	15
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	15
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	16
Раздел 7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	16

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель освоения учебной дисциплины (модуля) «Проективные методы в клинической психологии» состоит в формировании у студентов положительной мотивации на использование проективных методов для решения практических задач клинической психологии.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

- способствовать формированию умения эффективного взаимодействия с пациентом (или клиентом), медицинским персоналом и заказчиком услуг с учетом клинико-психологических, социально-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия;
- способствовать формированию умения выявления и анализа информации о потребностях пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) с помощью интервью, анамнестического (биографического) метода и других клинико-психологических методов;
- способствовать формированию умения определения целей, задач и методов психодиагностического исследования с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик;
- способствовать формированию умения диагностики психических функций, состояний, свойств и структуры личности и интеллекта, психологических проблем, конфликтов, способов адаптации, личностных ресурсов, межличностных отношений и других психологических феноменов с использованием соответствующих методов клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования;
- способствовать формированию навыков составления развернутого структурированного психологического заключения и рекомендаций;
- дать знания об основных понятиях проективной психологии и теоретических концепциях, лежащих в основе различных проективных методов исследования личности;
- дать знания об основных проективных методах, способах их использования и интерпретации полученных данных;
- ознакомить студентов с принципами подбора необходимого и достаточного комплекса методов и методик, адекватных целям и задачам психодиагностического исследования / обследования;
- продемонстрировать диагностические возможности конкретных проективных методов;
- способствовать формированию умения самостоятельного проведения исследования личности с использованием основных проективных методов, которые применяются для решения различных практических задач клинической психологии, профессиональных задач.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Проективные методы в клинической психологии» относится к блоку Б1.Б Дисциплины базовая часть

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Общая психология, Общепсихологический практикум, Психодиагностика.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Практикум по психотерапии и консультированию, Семейная психология.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием, а также системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья;

- психологические факторы дезадаптации и развития нервно-психических и психосоматических заболеваний;
- формирование поведения, направленного на поддержание, сохранение, укрепление и восстановление здоровья;
- психологическая диагностика, направленная на решение диагностических и лечебных задач клинической практики и содействия процессам коррекции, развития и адаптации личности;
- психологическое консультирование в рамках профилактического, лечебного и реабилитационного процессов, в кризисных и экстремальных ситуациях, а также в целях содействия процессам развития и адаптации личности;
- психологическая экспертиза в связи с задачами медико-социальной (трудовой), медико-педагогической, судебно-психологической и военной экспертизы.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

1. психодиагностическая.

1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства
			Знать	Уметь	Владеть	
1	2	3	4	5	6	7
1	ОК – 1	Способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	32. Систему категорий и методов, направленных на формирование аналитического и логического мышления психолога	У2. Выстраивать и обосновывать теоретические положения в области психологии и смежных наук	В2. Навыками анализа, синтеза и обобщения фактов	Собеседование, тестирование, решение учебных (ситуационных) задач
2	ОК – 7	Готовностью к саморазвитию, самореализации, использованию творческого потенциала	38. Способы профессионального самопознания и саморазвития	У8. Использовать психологические знания в процессе личностного и профессионального роста	В8. Способами учета психологических особенностей личности	Собеседование, тестирование, решение учебных (ситуационных) задач
			310. Способы анализа своей деятельности и методы эмоциональной и когнитивной регуляции (для оптимизации) собственной деятельности и психического	У10. Применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции (для оптимизации) собственной деятельности и психического состояния	В10. Навыками анализа своей деятельности и применения методов эмоциональной и когнитивной регуляции (для оптимизации) собственной	

			го состояния		деятельности и психического состояния	
3	ПК – 3	Способностью планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культурных и индивидуально-психологических характеристик	37. Методики психодиагностики (психологическое тестирование, стандартизированное аналитическое наблюдение, включенное наблюдение с последующим рейтинго-шкалированием, контент-анализ, психодиагностическая беседа, анкетные опросы, ролевые игры, метод экспертных оценок и др.)	У7. Выявлять и анализировать информацию о потребностях пациента и медицинского персонала, используя различные клинико-психологические методики	В7. Навыком выявления и анализа информации о потребностях пациента и медицинского персонала с помощью интервью, анамнестического метода и других клинико-психологических методов	Собеседование, тестирование, решение учебных (ситуационных) задач

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единиц, 72 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		№ 7
1	2	3
Аудиторные занятия (всего)	36	36
в том числе:		
Лекции (Л)	14	14
Практические занятия (ПЗ)	22	22
Семинары (С)	-	-
Лабораторные занятия (ЛР)	-	-
Самостоятельная работа (всего)	36	36
В том числе:		
Подготовка к занятиям	12	12
Подготовка к текущему контролю	12	12
Подготовка к промежуточному контролю	12	12
Вид промежуточной аттестации	экзамен	
	зачет	+
Общая трудоемкость (часы)	72	
Зачетные единицы	2	

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
1	2	3	4
1.	ОК-1, ОК-7, ПК-3	Введение в проективную психологию.	Место проективных методов в исследовании и оценке личности. Классификация проективных методов.
2.	ОК-1, ОК-7, ПК-3	Основные проективные техники.	Конститутивные проективные методики. Конструктивные проективные методики. Интерпретативные проективные методики. Экспрессивные проективные методики. Импрессивные проективные методики. Аддитивные проективные методики.

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	2
1	Практикум по психотерапии и консультированию	+	+
2	Семейная психология	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Введение в проективную психологию.	14	-	-	-	18	32
2	Основные проективные техники.	-	22	-	-	18	40
	Вид промежуточной аттестации:	зачет	зачет				+
		экзамен					
	Итого:	14	22	-	-	36	72

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				7 сем.
1	2	3	4	5
1	1	Место проективных методов в исследовании и оценке личности.	Феномен проекции как психологической основы методики психодиагностики. Проблема концепции проекции. Психоаналитическая концепция феномена проекции. Работы З. Фрейда. Работы Л. Беллака по экспериментальному исследованию процессов, имеющих место в проективном исследовании. Апперцептивное искажение по Л. Беллаку. Формы апперцептивного искажения: обратная проекция, простая проекция, сенсбилизация, аутистиче-	8

			<p>ская проекция, атрибутивная проекция. Проективная психология: работы Л. Фрэнка. Проективные методы. Основная гипотеза, лежащая в основе проективных методов. Особенности проективных методов. Проблема теоретического обоснования проективных методов. Дискуссия по оценке диагностической значимости проективных методов. Р. Кэттелл: основные аргументы критики. Проективные методы и психологические тесты. Критерии тестирования.</p> <p>Проективные графические методики. Концепция графической проекции. Теоретические основы реализации проективного подхода при создании графических (рисуночных) методик психологической диагностики. Особенности и сложности стандартизации графических методик. Рекомендации к использованию рисуночных методик, психодиагностический и психотерапевтический аспекты изобразительной деятельности. Диагностический смысл графических показателей.</p> <p>История создания проективных методов: тест словесных ассоциаций К. Г. Юнга, тест Г. Роршаха, ТАТ (тематический апперцептивный тест), рисуночный тест «Дом – Дерево – Человек», проективный рисунок человека К. Маховер. Развитие и перспективы проективных методов в клинической психологии.</p>	
2	1	Классификация проективных методов.	<p>Подходы к классификации проективных методов исследования личности. Конститутивные, конструктивные, интерпретативные, катартические, рефрактивные, экспрессивные, импрессионные, аддитивные проективные методики. Примеры разновидностей методик. Конструктивные особенности различных разновидностей проективных методов. Проективные методики в клинике.</p> <p>Надёжность, валидность, стандартизация и особенности применения используемых в России проективных методик (ТАТ, тест Роршаха, тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга и др.).</p>	6
Итого:				14

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				7 сем.
1	2	3	4	
1	2	Конститутивные проективные методики	Тест «Чернильные пятна» Г. Роршаха (1921г.). Краткая биографическая справка о Г. Роршаха. Вклад Г. Роршаха в развитие проективных методов изучения личности. Основные положения теста Г. Роршаха. Два типа восприятия по Г. Роршаху. Теоретические и клинические обоснования, европейские и американские направления. Стимульный материал. Психосемантика и символика таблиц. Инструкция. Процедура проведения обследования. Этапы. Основы обработки и анализа. Категории кодирования ответов. Локализация: целостные ответы, конфабуляторные ответы, ответы на обычные детали, ответы на необычные детали, ответы на белое пространство. Детерминанты: форма, движение, цвет, оттенок. Содержание ответов. Оригинальность – популярность ответов. Уровень формы. Особые феномены. Интерпретация и оценка результатов. Диагностические возможности теста Г. Роршаха. Значение локализации ответов. Значение основных детерминант: форма, движение, цвет, оттенки. Значение других показателей. Производные теста Г. Роршаха. Техника «Групповое тестирование по методу Г. Роршаха». Особенности проведения процедуры. Преимущества техники. Тест множественного выбора. Основные отличия. Процедура проведения. Диагностические возможности и преимущества техники. Техника Аронова – Резникова. Основные отличия. Процедура проведения. Диагностическая ценность и преимущества техники. Области применения.	2
2	2	Конструктивные проективные методики.	«Тест мира» Г. Болгар и Л. Фишер (1947г.). Характеристика стимульного материала. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Общение с испытуемым в процессе исследования. Посттестовый опрос. Обработка и интерпретация результатов. Дифференциально-диагностические возможности методики в исследовании различных клинических групп. Основные подходы к конструированию «мира». Гипотетически «нормальная конструкция мира» и отклонения от неё. Методика «Деревня» Р. Мукиелли (1960г.).	2

			Теоретические основы методики. Характеристика стимульного материала. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Общение с испытуемым в процессе исследования. Посттестовый опрос: произвольные вопросы и 8 стандартных вопросов. Обработка и интерпретация результатов. Типы макетов Деревни, характерные для различных контингентов испытуемых. «Патологические симптомы». 4 диагностируемые переменные: психологический возраст, характер (поведение), культурный уровень, внутренний мир личности. Проблема взаимодополняемости методик «Тест мира» и «Деревня».	
3	2	Интерпретативные проективные методики.	Тематический апперцептивный тест (ТАТ) Г. Мюррея (1938г.). История создания ТАТ. Диагностическая ценность и области применения ТАТ. Основные положения ТАТ. Центральные понятия теории Г. Мюррея: потребность, пресс, тема. Основные потребности по Г. Мюррею. Проведение основной процедуры. Стимульный материал. Инструкция испытуемому. Общение с испытуемым в процессе исследования. Посттестовый опрос. Интерпретация результатов. Формальный анализ рассказов. Техника обзора. Интерпретационная техника Л. Беллака. Структура бланка для анализа рассказа. Диагностические категории. Лейтмотив. Главный герой. Отношение к вышестоящим персонам и обществу. Введенные персонажи. Упомянутые детали. Пропущенные детали. Атрибуция ответственности. Значимые конфликты. Наказание за поступок. Отношение к герою. Показатели сдерживания агрессии и сексуальных инстинктов. Исход. Паттерны удовлетворения потребностей. Сюжет. Структура итогового отчета. Производные ТАТ. Рисованный апперцептивный тест (РАТ). Отличия РАТ от ТАТ. Недостатки и достоинства техники. Диагностическая ценность и области применения. Характеристика стимульного материала. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Интерпретация результатов. САТ – тест детской апперцепции Л. и С. Беллак (1949г.). САТ – Н Л. и С. Беллак (1966г.). ПАТ (для пожилого возраста) Л. и С. Беллак (1973г.).	2
4	2	Интерпретативные проективные методики.	Тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (тест С. Розенцвейга – 1945г.) Отличия теста С. Розенцвейга от большинства техник ТАТ – типа. Назначение и диагностическая	2

			<p>ценность. Применение в клинических исследованиях при изучении агрессии и отклоняющегося поведения. Фрустрационные реакции и социальная адаптация личности. Теоретические основы создания теста рисуночной ассоциации С. Розенцвейга. Тип и направленность реакций в ситуациях препятствования и обвинения. Характеристика стимульного материала теста. Инструкция испытуемому. Требования к процедуре применения. Обработка и интерпретация результатов. Первичная обработка. Направленность агрессии и тип реагирования. Кодирование ответов. Построение первичного и вторичного профилей. Коэффициент групповой адаптации. Образцы и тенденции. Самодиагностика и диагностика в полевых условиях.</p>	
5	2	Экспрессивные проективные методики.	<p>Проективный рисунок человека К. Махвер. Инструкция испытуемому. Наблюдение за испытуемым и пострисуночный опрос. Диагностическая ценность и области применения техники. Показатель враждебности. Фактор ригидности – пластичности. Психодинамические элементы. Степень дезадаптации.</p> <p>Техника «Нарисуй и расскажи историю». Процедура проведения. Инструкция испытуемому. Особенности проведения пострисуночного опроса. Диагностическая ценность.</p>	2
6	2	Экспрессивные проективные методики.	<p>Тест «Дом – Дерево – Человек» Дж. Бук (ДДЧ – 1948г.). История создания техники. Основные положения. Диагностическая ценность и области применения техники. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Фиксация результатов наблюдения. Пострисуночный опрос и структура опросника. Интерпретация результатов. Позитивное и негативное акцентирование. Последовательность, уместность, количество и согласованность деталей. Содержательный анализ. Каталог деталей. Диагностические признаки психологических травм и дефектов развития. Концептуальный анализ. Другие рисуночные тесты, используемые в клинической практике.</p>	2
7	2	Экспрессивные проективные методики.	<p>Техника «Несуществующее животное» М. З. Дукаревич. Особенности техники. Основные отличия от классических рисуночных тестов. Диагностические возможности. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Пострисуночный опрос: тематические блоки. Интерпретация результатов.</p>	2

			Диагностическое значение специфических деталей рисунков: контур фигуры, тематический характер животных.	
8	2	Экспрессивные проективные методики.	Техника «Рисунок семьи» (КРС) и ее модификации (Л. Корман, Р. Бернс, Т. Хоментаскас). Цель техники и области применения. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Пострисуночный опрос. Особенности интерпретации результатов. Диагностические признаки, указывающие на дисфункциональные семейные системы.	2
9	2	Импрессивные проективные методики.	Теории восприятия цвета в психологии. Психофизиологические основы цветового восприятия. Метод цветовых выборов М. Люшера (МЦВ М. Люшера – 1948г.). 8-цветный вариант методики. Правила использования. Возможности использования компьютерного варианта. Проблема конституциональных и ситуативных различий при интерпретации результатов. Правила составления протокола. Интерпретационные таблицы. Принцип дублирования. Корреляции результатов с данными других методик психодиагностики. Составление психодиагностического заключения.	2
10	2	Импрессивные проективные методики.	Тест портретных предпочтений Л. Сонди (1939г.), методика КИСС Дж. Лиггета, проективная методика самооценки со свободными шкалами и др. Рекомендации к применению, техника проведения, схема анализа результатов.	2
11	2	Аддитивные проективные методики.	Тест «Завершение предложений» (Незаконченное предложение) в авторских вариантах: А. Пейн (1928г.), А. Тандлер (1930г.), Д. Сакса и Леви (1950г.). Отличия теста от классической техники словесных ассоциаций. Преимущества техники. Диагностическая ценность и области применения техники. Структура теста. Четыре области установок. Проведение основной процедуры. Инструкция испытуемому. Проведение посттестового опроса. Интерпретация и оценка результатов. Оценочный лист. Шкала оценки. Структура итогового заключения.	2
Итого:				22

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	7	Введение в проективную психологию.	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	18

2		Основные проективные техники.	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	18
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				36

3.7. Лабораторный практикум

Не предусмотрено учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

Не предусмотрено учебным планом

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

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

- *ситуационные задачи;*

- *методические указания по изучению дисциплины, Новгородцева И.В., 2016.*

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

4.2.1. 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	Психодиагностика: учебное пособие для вузов	Романова Е.С.	М.: Кнорус, 2015	12	-

4.2.2. 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	Психодиагностика: учебное пособие для вузов	Глуханюк Н.С.	М.: Академия, 2013	5	-
2	Психодиагностика: [Электронный ресурс]: учебник для вузов	Бурлачук Л.Ф.	СПб.: Питер, 2015	-	+ (ЭБС «Ай-букс»)
3	Проективные методы диагностики: психологическое консультирование детей и подростков [Электронный ресурс]: учебное пособие	Суркова Е.Г.	М.: Аспект Пресс, 2008	-	+ (ЭБС «Ай-букс»)
4	Психодиагностика: Методика и результаты диагностического эксперимента по исследованию восприятия [Электронный ресурс]	Г. Роршах	М.: Когито-центр, 2003	-	+ (ЭБС «Ай-букс»)
5	Словарь-справочник по психодиагностике [Электронный ресурс]	Бурлачук Л.Ф.	СПб.: Питер, 2007	-	+ (ЭБС «Ай-букс»)

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

- ЭБС «Университетская библиотека». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>
- Журнал психиатрия, психотерапия и клиническая психология <http://psihea.recipe.by/ru/?editions>
- ИСТИНА <https://istina.msu.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. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 23.06.16 г., лицензии 217\611-МА\05\2016 (срок действия – 1 год),

8. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

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) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 3) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 4) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.

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

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

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – корпус 1, каб. № 216, 313, 315;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – корпус 1, каб. № 216, 313, 315;
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – корпус 1, каб. № 216, 313, 315;
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – корпус 1, каб. №216, 313, 315;
- помещения для самостоятельной работы – корпус 1, каб. № 216, 313, 315;
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – корпус 1, каб. № 216, 313, 315.

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

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

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

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу (подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю).

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 проективным методам в клинической психологии.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении всех тем лекций. На лекциях 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 рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области проективных методов в клинической психологии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, решения ситуационных задач, тестовых заданий.

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 «Проективные методы в клинической психологии» и включает подготовку к занятиям, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Проективные методы в клинической психологии» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых учебных (ситуационных) задач, тестового контроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, решения учебных (ситуационных) задач.

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, целесо-

образное 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. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

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

ФОС как система оценивания состоит из трех частей:

1. Структурированного перечня объектов оценивания.
2. Базы учебных заданий.
3. Методического оснащения оценочных процедур.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине представлен в приложении Б.

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
Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«Психиатрия»**

Специальность 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (очная форма обучения)

Раздел 2. Общая психопатология

Тема 1. «Расстройства ощущений и восприятия»

Цель занятия: формирование умений по выявлению и систематизации нарушений восприятия.

Задачи:

1. Рассмотреть и изучить причины возникновения, виды и методы выявления нарушений ощущений и восприятия.
2. Овладеть навыком выявления нарушений ощущения и восприятия и определения содержания вербальных галлюцинаций.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования,

Обучающийся должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: что такое ощущение, восприятие, методы исследования особенностей восприятия;
 - из «введения в клиническую психологию»: нарушения ощущений и восприятия, методы их выявления.
2. После изучения темы:
 - виды нарушений ощущений, причины;
 - виды нарушений восприятия, этиология, патогенез, тактика врача при выявлении различных видов галлюцинаций, нарушений психосенсорного синтеза;
 - методы выявления нарушений восприятия.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять нарушения ощущений и восприятия в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.
- определять содержание вербальных галлюцинаций.

Обучающийся должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать нарушения ощущений и восприятия в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. Галлюцинации - это:
 - а) ошибочные суждения, неподдающиеся коррекции
 - б) обманы восприятия, возникающие без реального объекта
 - в) неправильное восприятие реальных объектов
 - г) произвольно возникающие навязчивые образы
2. Для галлюцинаций характерно:
 - а) восприятие несуществующего
 - б) возникновение существующего без реального объекта
 - в) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
 - г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов

д) все перечисленное

3. Для сенестопатий характерны следующие признаки, кроме:

- а) полиморфизм проявлений
- б) вычурный характер ощущений
- в) необычная топография ощущений
- г) чувство постороннего влияния

4. Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу является наличие вербальных галлюцинаций следующего содержания

- а) комментирующих
- б) сообщающих
- в) императивных
- г) хвалебных
- д) запрещающих

5. Акоазмы – это

- а) когда больной слышит неоформленные шумы
- б) искаженное восприятие объективной действительности
- в) когда пациент видит разноцветные полосы, искры
- г) крайне неприятные тягостные ощущения на каком либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений.

6. Увеличение количества предметов - это

- а) полиопия
- б) макропсия
- в) аутометоморфопсия
- г) порропсия
- д) аллестезия

7. Отсутствие чувствительности к каким-либо раздражителям

- а) гипостезия
- б) сенестопатия
- в) парестезия
- г) галлюцинации
- д) анестезия

8. Истинные галлюцинации:

- а) могут возникнуть при эпилепсии
- б) характеризуются экстрапроекцией
- в) входят в состав делириозного синдрома
- г) нередко приводит к социально опасным действиям
- д) характеризуется всеми перечисленными свойствами

9. Галлюцинации, при которых пациент видит образы сзади себя называются

- а) зооптические
- б) экстракампинные
- в) парциальные
- г) тотальные

10. Как называется ощущение изменения размеров частей тела, их расположения

- а) метаморфопсия
- б) макропсия
- в) аутометоморфопсия
- г) порропсия
- д) аллестезия

Беседа по теме занятия.

1. Определение ощущения. Основные виды расстройств ощущения.
2. Определение восприятия. Физиологические основы восприятия.
3. Иллюзии. Дать определение. Основные виды иллюзий.
4. Галлюцинации. Дать определение. Основные признаки галлюцинаторного образа.
5. Клиническая классификация галлюцинаций (различные виды, примеры при различных заболеваниях).
6. Определение истинных и ложных галлюцинаций.
7. Диагностическое значение различных видов галлюцинаций.

8. Патологические механизмы галлюцинаций.
9. Понятие о психосенсорных расстройствах. Синдромы дереализации и деперсонализации.
10. Синдром галлюциноза: острый и хронический.
11. Методы выявления расстройств восприятия.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя.

Выявление расстройств восприятия – тщательное наблюдение за больными, их мимикой, пантомимикой. При выявлении в ходе беседы вербальных галлюцинаций необходимо выяснить их локализацию, время возникновения, содержание, отношение к ним больного. Рисунки больного, письма, стихи, дневниковые записи. Провести пробы Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

1. *Алгоритм решения задачи:*

- 1) Выделить основные психопатологические синдромы;
- 2) Сформулировать предварительный диагноз.

2. *Пример задачи.*

Больная М., 72 года. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение года стала заявлять, что в ее квартиру проникают посторонние люди. При возвращении домой даже после кратковременного отсутствия она «обнаруживала» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, подбрасывание мусора. Стала утверждать, что соседи изменили к ней отношение, стали вести себя развязно, игнорируют ее интересы, стучат в стены, ночью мешают спать. В вечернее и ночное время слышала звонки в дверь, чувствовала неприятные запахи, потоки холодного и горячего воздуха. Объясняла это тем, что соседи хотят завладеть ее квартирой, в связи с чем вредят ей. Больная затыкала уши ватой, стала часто проветривать помещение, закрывала вентиляционные отверстия.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Мышление обстоятельное, подробно рассказывает о своих взаимоотношениях с соседями, считает, что соседи плохо к ней относятся, портят ее вещи, стучат в стены. Разубеждению не поддается. Настроение снижено. Память резко снижена на текущие события. В поведении спокойна, упорядочена.

За время нахождения в стационаре обманов восприятия не наблюдалось. В течение месяца сохранялся резко сниженный фон настроения, продолжала высказывать идеи отношения, ущерба со стороны соседей, которые в процессе лечения дезактуализировались. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выделите основные синдромы, сформулируйте диагноз.

Алгоритм решения задачи.

Основные синдромы:

- галлюцинаторно-параноидный (наличие идей ущерба, порчи, воздействия, плохого отношения со стороны соседей, акаоэмы, обонятельные и тактильные галлюцинации) – возникает на фоне, по всей видимости атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, что достаточно часто встречается у пожилых людей
- психорганический (снижение памяти, затруднение переключения внимания, обстоятельность мышления)

Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования: биохимическое исследования крови (уровень липидов, триглицеридов, холестерина, сахара), экспериментально-психологическое исследование (уровень интеллекта), а также ангиография сосудов головного мозга, проведение МРТ головного мозга для исключения атрофических заболеваний.

Терапия: галлюцинаторно-параноидный синдром – необходимо назначение нейролептиков (рисперидон, сероквель или пропазин), дозировка которых должна быть в 2 раза ниже общепринятых. Кроме того, терапия сосудистых нарушений – применяются сосудистые (мексидол, винпоцетин, пентоксифиллин) и ноотропные препараты (акатинола мемантин, глиатилин).

Диагноз: хронический галлюцинаторно-параноидный психоз на фоне органического поражения ЦНС (атеросклероз сосудов головного мозга).

2. Больная Б., 24 года.

Рассказывает, что после неожиданной смерти матери, в течение года периодически беспокоили состояния, которые бывали сразу после пробуждения: открыв глаза, больная в течение нескольких секунд видела, умершую мать, лежащую рядом с ней на кровати. Страха не было. Критика быстро восстанавливалась.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

3. Больная Г.Б., 44 года.

В статусе: 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 каждый ее шаг. С "голосами" свыклась, относится к ним добродушно.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

2. Галлюцинации - это:

- д) ошибочные суждения, неподдающиеся коррекции
- е) обманы восприятия, возникающие без реального объекта
- ж) неправильное восприятие реальных объектов
- з) произвольно возникающие навязчивые образы

2. Для галлюцинаций характерно:

- е) восприятие несуществующего
- ж) возникновение существующего без реального объекта
- з) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
- и) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
- к) все перечисленное

3. Для сенестопатий характерны следующие признаки, кроме:

- д) полиморфизм проявлений
- е) вычурный характер ощущений
- ж) необычная топография ощущений
- з) чувство постороннего влияния

4. Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу является наличие вербальных галлюцинаций следующего содержания

- е) комментирующих
- ж) сообщающих
- з) императивных
- и) хвалебных
- к) запрещающих

5. Агозмы – это

- д) когда больной слышит неоформленные шумы
- е) искаженное восприятие объективной действительности
- ж) когда пациент видит разноцветные полосы, искры
- з) крайне неприятные тягостные ощущения на каком либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений.

6. Увеличение количества предметов - это

- е) полиопия
- ж) макропсия
- з) аутометоморфопсия
- и) порропсия
- к) аллестезия

7. Отсутствие чувствительности к каким-либо раздражителям

- е) гипостезия
- ж) сенестопатия
- з) парестезия

- и) галлюцинации
- к) анестезия

8. Истинные галлюцинации:

- е) могут возникнуть при эпилепсии
- ж) характеризуются экстрапроекцией
- з) входят в состав делириозного синдрома
- и) нередко приводит к социально опасным действиям
- к) характеризуется всеми перечисленными свойствами

9. Галлюцинации, при которых пациент видит образы сзади себя называются

- д) зооптические
- е) экстракампинные
- ж) парциальные
- з) тотальные

10. Как называется ощущение изменения размеров частей тела, их расположения

- е) метаморфопсия
- ж) макропсия
- з) аутометоморфопсия
- и) порропсия
- к) аллестезия

Беседа по теме занятия.

- 12. Определение ощущения. Основные виды расстройств ощущения.
- 13. Определение восприятия. Физиологические основы восприятия.
- 14. Иллюзии. Дать определение. Основные виды иллюзий.
- 15. Галлюцинации. Дать определение. Основные признаки галлюцинаторного образа.
- 16. Клиническая классификация галлюцинаций (различные виды, примеры при различных заболеваниях).
- 17. Определение истинных и ложных галлюцинаций.
- 18. Диагностическое значение различных видов галлюцинаций.
- 19. Патофизиологические механизмы галлюцинаций.
- 20. Понятие о психосенсорных расстройствах. Синдромы дереализации и деперсонализации.
- 21. Синдром галлюциноза: острый и хронический.
- 22. Методы выявления расстройств восприятия.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя.

Выявление расстройств восприятия – тщательное наблюдение за больными, их мимикой, пантомимикой. При выявлении в ходе беседы вербальных галлюцинаций необходимо выяснить их локализацию, время возникновения, содержание, отношение к ним больного. Рисунки больного, письма, стихи, дневниковые записи. Провести пробы Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

- 3. *Алгоритм решения задачи:*
- 3) Выделить основные психопатологические синдромы;
- 4) Сформулировать предварительный диагноз.
- 4. *Пример задачи.*

Больная М., 72 года. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение года стала заявлять, что в ее квартиру проникают посторонние люди. При возвращении домой даже после кратковременного отсутствия она «обнаруживала» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, подбрасывание мусора. Стала утверждать, что соседи изменили к ней отношение, стали вести себя развязно, игнорируют ее интересы, стучат в стены, ночью мешают спать. В вечернее и ночное время слышала звонки в дверь, чувствовала неприятные запахи, потоки холодного и горячего воздуха. Объясняла это тем, что соседи хотят завладеть ее квартирой, в связи с чем вредят ей. Больная затыкала уши ватой, стала часто проветривать помещение, закрывала вентиляционные отверстия.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Мышление обстоятельное, подробно рассказывает о своих взаимоотношениях с соседями, считает, что соседи плохо к ней относятся, портят

ее вещи, стучат в стены. Разубеждению не поддается. Настроение снижено. Память резко снижена на текущие события. В поведении спокойна, упорядочена.

За время нахождения в стационаре обманов восприятия не наблюдалось. В течение месяца сохранялся резко сниженный фон настроения, продолжала высказывать идеи отношения, ущерба со стороны соседей, которые в процессе лечения дезактуализировались. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выделите основные синдромы, сформулируйте диагноз.

Алгоритм решения задачи.

Основные синдромы:

- *галлюцинаторно-параноидный (наличие идей ущерба, порчи, воздействия, плохого отношения со стороны соседей, акоазмы, обонятельные и тактильные галлюцинации) – возникает на фоне, по всей видимости атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, что достаточно часто встречается у пожилых людей*

- *психорганический (снижение памяти, затруднение переключения внимания, обстоятельность мышления)*

Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования: биохимическое исследования крови (уровень липидов, триглицеридов, холестерина, сахара), экспериментально-психологическое исследование (уровень интеллекта), а также ангиография сосудов головного мозга, проведение МРТ головного мозга для исключения атрофических заболеваний.

Терапия: галлюцинаторно-параноидный синдром – необходимо назначение нейролептиков (рисполепт, сероквель или пропазин), дозировка которых должна быть в 2 раза ниже общепринятых. Кроме того, терапия сосудистых нарушений – применяются сосудистые (мексидол, винпоцетин, пентоксифиллин) и ноотропные препараты (акатинола мемантин, глиатилин).

Диагноз: хронический галлюцинаторно-параноидный психоз на фоне органического поражения ЦНС (атеросклероз сосудов головного мозга).

2. Больная Б., 24 года.

Рассказывает, что после неожиданной смерти матери, в течение года периодически беспокоили состояния, которые бывали сразу после пробуждения: открыв глаза, больная в течение нескольких секунд видела, умершую мать, лежащую рядом с ней на кровати. Страха не было. Критика быстро восстанавливалась.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

3. Больная Г.Б., 44 года.

В статусе: 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 каждый ее шаг. С "голосами" свыклась, относится к ним добродушно.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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 ощущения. Основные виды расстройств ощущений.
2. Определение восприятия. Физиологические основы восприятия.
3. Иллюзии. Дать определение. Основные виды иллюзий.
4. Галлюцинации. Дать определение. Основные признаки галлюцинаторного образа.
5. Клиническая классификация галлюцинаций (различные виды, примеры при различных заболеваниях).
6. Определение истинных и ложных галлюцинаций.
7. Диагностическое значение различных видов галлюцинаций.

8. Патологические механизмы галлюцинаций.
9. Понятие о психосенсорных расстройствах. Синдромы дереализации и деперсонализации.
10. Синдром галлюциноза: острый и хронический.
11. Методы выявления расстройств восприятия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Для галлюцинаций характерно
 - а) восприятие несуществующего
 - б) возникновение существующего без реального объекта
 - в) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
 - г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
 - д) все перечисленное
2. Истинным галлюцинациям свойственно
 - а) произвольное возникновение представлений
 - б) проецирование их вовне
 - в) яркость, неотличимость от реальных предметов
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
3. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
 - а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
 - б) с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
 - в) бесцветные, цветные
 - г) подвижные или неподвижные
 - д) все перечисленные
4. Слуховые истинные галлюцинации делятся
 - а) по сложности (элементарные – аказмы и более сложные)
 - б) по интенсивности
 - в) по содержанию (безразличные, угрожающие, императивные и т.д.)
 - г) по продолжительности (непрерывные и эпизодические)
 - д) по всему перечисленному
5. При истинных тактильных галлюцинациях возникают
 - а) ощущение ползания по телу насекомых
 - б) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
 - в) ощущение появления под кожей посторонних предметов
 - г) все перечисленные ощущения
 - д) ни одно из перечисленных ощущений
6. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме
 - а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
 - б) ощущения присутствия в теле живых существ
 - в) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
 - г) возможности точного описания своих ощущений
 - д) ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся
7. Гипногические галлюцинации проявляются в виде видений
 - а) произвольно возникающих перед засыпанием
 - б) возникающих при закрытых глазах
 - в) возникающих на темном поле зрения
 - г) всех перечисленных
 - д) ни одного из перечисленных
8. Галлюцинации мышечного чувства проявляются в виде ощущения
 - а) особой легкости тела
 - б) особой легкости членов тела
 - в) тяжести тела или его членов
 - г) движения языка или других органов
 - д) всего перечисленного
9. 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
10. Вербальные иллюзии характеризуются
- а) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
 - б) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах
 - в) возникновением чаще на фоне тревожной подозрительности, страха, относясь к вербальному варианту аффективных иллюзий
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного

Решить ситуационные задачи:

1. Больная Н., 42 года.

Диагноз: органическое поражение мозга сосудистого генеза. Беспокоят головные боли, снижение памяти и пароксизмальные кризы с вестибулярными расстройствами, страхами. Часто вне кризов видит летающих мушек и большие удаляющиеся от глаз точки. Все это бывает при открытых глазах, днем или вечером, в экстрапроекции, на расстоянии до метра от взора.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

2. Больная Б., 24 года.

Рассказывает, что после неожиданной смерти матери, в течение года периодически беспокоили состояния, которые бывали сразу после пробуждения: открыв глаза, больная в течение нескольких секунд видела, умершую мать, лежащую рядом с ней на кровати. Страх не было. Критика быстро восстанавливалась.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

3. Больная Г.Б., 44 года.

В статусе: 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 каждый ее шаг. С "голосами" свыклась, относится к ним добродушно.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина. М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. М.В. Коркина, П.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. Психиатрия: учеб. для студентов мед. вузов М.: «МЕдпресс-информ». 2004г. Общая психопатология/ Учебное пособие/ Багаев В.И., Злоказова М.В., Мальцева Е.А. – Киров, 2013, 132 с.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009

Тема2: «Расстройства мышления»

Цель занятия: формирование умений по выявлению и систематизации нарушений мышления.

Задачи:

1. Рассмотреть и изучить этиопатогенез, виды, клинику, дифференциальную диагностику нарушений мышления.
2. Обучиться методам выявления нарушений мышления и применению полученных знаний на практике.
 - в ходе беседы,

- при помощи наблюдения
- при использовании психологических методов исследования,

Студент должен знать:

1. До изучения темы:

- из курса общей психологии: что такое мышление, его виды, этапы формирования, физиологические основы мышления.
- из «введения в клиническую психологию»: нарушения мышления и методики их выявления.

2. После изучения темы:

- **отличия сверхценных, навязчивых и бредовых идей.**
- **виды бредовых синдромов, особенности их формирования при различных заболеваниях.**
- **методы выявления нарушений мышления.**

Студент должен уметь:

- выявлять нарушения мышления в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования;
- проводить дифференциальный диагноз выявленных нарушений мышления.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать нарушения мышления в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. Бредовые идеи верно все, кроме
 - а) ложные, ошибочные суждения и умозаключения
 - б) развиваются на болезненной основе
 - в) возможна коррекция
 - г) ядром системы доказательств являются структурные нарушения мышления
2. Стадия обратного развития бреда может быть представлена всем перечисленным, кроме:
 - а) редукция бреда
 - б) инкапсуляция бреда
 - в) распад бреда
 - г) кристаллизация бреда
3. Ситуативно неадекватное рассуждательство – это
 - а) патологическая обстоятельность
 - б) разорванность мышления
 - в) ментизм
 - г) резонерство
4. Непроизвольный обрыв мыслей - это
 - а) символизм
 - б) неологизмы
 - в) шперрунг
 - г) ментизм
5. Бранные мысли у священнослужителя, противоречащие его личности, при сохранности критики
 - а) контрастные навязчивости
 - б) овладевающие мысли
 - в) навязчивые сомнения
 - г) сверхценные идеи
6. Для фобии характерно все, кроме
 - а) наличие четкой фабулы
 - б) возникновение в конкретной ситуации
 - в) сопровождается критикой, пациент стремится преодолеть этот страх
 - г) страха без фабулы
7. Пациент делает выводы, которые не вытекают из предпосылок (например, «я хочу спать, а потому научите меня музыке»)
 - а) навязчивости
 - б) сверхценности
 - в) бреда
 - г) фобии

- а) разорванность мышления
 - б) паралогичность мышления
 - в) формализм мышления
 - г) ментизм
8. Больной жалуется на то, что у него в голове периодически возникает странный, неподвластный его воле, поток мыслей.
- а) ускорение мышления
 - б) бессвязность
 - в) разорванность
 - г) ментизм
 - д) персеверации
9. Больной выглядит подавленным, самостоятельно в беседу не вступает, на вопросы отвечает односложно, долго думает над ответом, затрудняется при ответе на сложные вопросы. Этот симптом называется:
- а) мутизм
 - б) шперрунг
 - в) олигофазия
 - г) патологическая обстоятельность (вязкость)
 - д) замедление мышления
10. Больной заявляет, что временами к нему в голову проникают совершенно чуждые ему мысли, к которым сохранена критика, пытается от них избавиться. Этот симптом называется
- а) навязчивые мысли
 - б) психический автоматизм
 - в) персеверации
 - г) сверхценная идея
 - д) ритуалы

Беседа по теме занятия.

1. Понятия о формах протекания мыслительного процесса (понятие, суждение, умозаключение).
2. Виды мышления.
3. Физиологические основы мышления.
4. Разновидности расстройств ассоциативного процесса.
5. Определение бредовых идей, практическое содержание бреда. Понятие о первичном и вторичном бреде.
6. Классификация бредовых идей по содержанию.
7. Типология бредовых идей по происхождению.
8. Патофизиологические механизмы бреда.
9. Понятие о навязчивых идеях. Примеры.
10. Определение сверхценных идей. Примеры.
11. Основные синдромы расстройств мышления: паранойяльный, острый, параноидный, Котара, синдром Кандинского–Клерамбо, парафренический, синдром навязчивых состояний, ипохондрический.
12. Методы выявления расстройств мышления.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных, выявление нарушений мышления в процессе беседы, наблюдения, изучения автобиографических данных, характеристик, определение типов выявленных нарушений мышления.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

1. Больной 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. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен, настроение подавленное.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

Основной синдром: Котара (наличие нигилистического бреда, мыслей о том, что «он труп»)

2. Больная Х.Г., 17 лет.

Больна более года. Поступила по поводу третьего приступа. В начале приступа так же, как при двух предыдущих, возникло продолжавшееся около суток состояние, во время которого в окружающих ее незнакомых людях узнавала "перевоплощенных" знакомых, сохранивших лишь некоторые свои прежние внешние признаки.

В статусе: настроение пониженное, жалуется на невозможность сосредоточить мысли, критически относится к перенесенному состоянию, хорошо его помнит. Утверждает, что, узнавая знакомых в окружающих и говоря об этом врачу, все время сомневается, "не кажется ли ей".

Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

3. У матери во время приготовления обеда возникло желание вонзить кухонный нож в живот своего 2-летнего сына. При этом она понимала нелепость и абсурдность своего желания, испытывала страх перед этим желанием, боялась, что исполнит его и в ужасе убежала из дома. Какое патопсихологическое расстройство у больной?

4. Больной Р., 23 года, радиотехник. 3 года назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов. Замечал, что находящиеся рядом люди "поводят носами", отворачиваются. В разговоре с окружающими слышались слова: "запах, свинья". Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но запах не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть. Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Понятия о формах протекания мыслительного процесса (понятие, суждение, умозаключение).
2. Виды мышления.
3. Физиологические основы мышления.
4. Разновидности расстройств ассоциативного процесса.
5. Определение бредовых идей, практическое содержание бреда. Понятие о первичном и вторичном бреде.
6. Классификация бредовых идей по содержанию.
7. Типология бредовых идей по происхождению.
8. Патофизиологические механизмы бреда.
9. Понятие о навязчивых идеях. Примеры.
10. Определение сверхценных идей. Примеры.
11. Основные синдромы расстройств мышления: паранойяльный, острый, параноидный, Котара, синдром Кандинского–Клерамбо, парафренический, синдром навязчивых состояний, ипохондрический.
12. Методы выявления расстройств мышления.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Обсессивный синдром характеризуется

- а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
- б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
- в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

2. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая

- а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
- б) навязчивый счет
- в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
- г) навязчивое чувство антипатии
- д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

3. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего большого
- б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
- в) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
- г) наличия конкретного содержания
- д) возможности быть всеохватывающим

4. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая

- а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершаемых действий
- б) успокоение большого многократными проверками
- в) стремление проводить перепроверки
- г) сомнение в правильности и точности исполнения
- д) возможность продолжаться до бесконечности

5. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме

- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
- б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
- в) имеющих значение заклинаний, защиты
- г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости

6. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- б) нарушения сознания
- в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- г) расстройства самосознания витальности и активности
- д) расстройства самосознания целостности

7. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая

- а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
- б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной
- в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
- г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
- д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного я

8. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме

- а) ощущения нереальности окружающего
- б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств
- в) отчуждения действий, поступков
- г) отчуждения представлений, воспоминаний
- д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне

9. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся

- а) чувство отчуждения своего голоса
- б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
- в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны
- г) все перечисленные

д) ни одно из перечисленных

10. Дерекализация характеризуется всем перечисленным, кроме

а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства

б) чувства призрачности окружающего

в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым

г) утраты чувства действительности

д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей

Решить ситуационные задачи:

1. Больной 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. В стационаре бездеятелен, одинок, тревожен, настроение подавленное.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

2. Больная Х.Г., 17 лет.

Больна более года. Поступила по поводу третьего приступа. В начале приступа так же, как при двух предыдущих, возникло продолжавшееся около суток состояние, во время которого в окружающих ее незнакомых людях узнавала "перевощенных" знакомых, сохранивших лишь некоторые свои прежние внешние признаки.

В статусе: настроение пониженное, жалуется на невозможность сосредоточить мысли, критически относится к перенесенному состоянию, хорошо его помнит. Утверждает, что, узнавая знакомых в окружающих и говоря об этом врачу, все время сомневается, "не кажется ли ей".

Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

3. Больной Р., 23 года, радиотехник. 3 года назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов. Замечал, что находящиеся рядом люди "поводят носами", отворачиваются. В разговоре с окружающими слышались слова: "запах, свинья". Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но запах не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

Квалифицируйте имеющиеся симптомы, назовите ведущий синдром.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Общая психопатология/ Учебное пособие/ Багаев В.И., Злоказова М.В., Мальцева Е.А. – Киров, 2013, 132 с.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009

Тема 3: «Патология эмоционально-волевой сферы»

Цель занятия: формирование умений по выявлению расстройств эмоционально-волевой сферы.

Задачи:

1. Рассмотреть этиопатогенез, клинику, дифференциальную диагностику эмоциональных и двигательно-волевых нарушений.
2. Изучить их классификацию.
3. Овладеть методами выявления нарушений эмоционально-волевой сферы и применению полученных знаний на практике.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования

Студент должен знать:

1. До изучения темы:

- из курса общей психологии: что такое эмоции, воля, виды, этапы формирования, физиологические основы эмоций и воли.
- из «введения в клиническую психологию»: нарушения эмоций, воли, двигательной сферы, их характеристики и методики выявления.

2. После изучения темы:

- нарушения эмоций, умение выявлять их в процессе беседы, наблюдения, применения психологических тестов, тактика врача при обнаружении патологии.
- нарушения воли и двигательной сферы, методы выявления, тактика врача при обнаружении патологии.

Студент должен уметь:

- выявлять нарушения эмоционально-волевой сферы в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования;
- проводить дифференциальный диагноз выявленных нарушений эмоций, воли и двигательной сферы.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать нарушения эмоционально-волевой сферы в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Вводный контроль.

Тест.

1. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме

- а) аффекта тоски
- б) двигательного торможения
- в) меланхолического раптуса
- г) идеаторного торможения
- д) депрессивного содержания мышления

2. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме

- а) повышения волевой активности, усиления побуждений
- б) повышенной деятельности
- в) чувства сделанности состояния
- г) порывистости, инициативности
- д) говорливости, подвижности

3. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая

- а) отсутствие побуждения
- б) утраты желания
- в) полную безучастность и бездеятельность
- г) прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
- д) отказ от речи (мутизм)

4. Дисфория - это

- а) тоскливая депрессия
- б) неустойчивость настроения
- в) радостное, веселое настроение
- г) мрачное, раздражительно-злое настроение

5. Кататонический синдром характерен для клиники:

- а) алкоголизма
- б) маниакально-депрессивного психоза

- в) эпилепсии
 - г) шизофрении
6. Признаками маскированной депрессии могут являться

- а) функциональные сомато-вегетативные расстройства
- б) ангедония
- в) суточные и сезонные колебания самочувствия
- г) изменения аппетита и полового влечения
- д) все перечисленные

7. Слабодушие характерно для:

- а) шизофрении
- б) алкогольных психозов
- в) умственной отсталости
- г) сосудистых заболеваний
- д) головного мозга

8. Болезненная утрата побуждений к деятельности, препятствующая актуализации как физиологических, так и психологических потребностей - это:

- а) абулия
- б) гипербулия
- в) депрессия
- г) ангедония
- д) астения

9. Чрезмерное и неутолимое чувство голода с употреблением очень большого количества пищи - это:

- а) булимия
- б) абулия
- в) гипербулия
- г) гипергевзия
- д) гипергедония

10. К сексуальным девиациям (отклонениям) относится:

- а) фетишизм (объектом полового влечения являются различные предметы)
- б) нарциссизм (объектом полового влечения является собственное тело или его изображения)
- в) трансвистицизм (половое возбуждение и удовлетворение достигается при переодевании в одежду противоположного пола)
- г) педофилия (половое влечение к детям)
- д) все ответы верные

2. Беседа по теме занятия.

1. Определение эмоций.
2. Характеристика количественных расстройств эмоций.
3. Отличия физиологического аффекта от патологического.
4. Разновидности болезненных изменений настроения.
5. Понятие о психических парестезиях.
6. Клиническая характеристика маниакального синдрома.
7. Клиническая характеристика депрессивного синдрома.
8. Особенности аффективных (эмоциональных) расстройств.
9. Определение воли.
10. Характеристика двигательно-волевых расстройств (гиперфункция воли, парабулия)
11. Основные признаки кататонического (каталептического) ступора.
12. Особенности двигательно-волевых расстройств.
13. Синдромы двигательно-волевых расстройств.
14. Методы выявления расстройств эмоциональной сферы и нарушения произвольной деятельности.

3. Практическая работа

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя.

При осмотре больного необходимо тщательное наблюдение за его мимикой, пантомимикой, обследование двигательной сферы, осмотр кожных покровов и слизистых,

выявление расстройств эмоциональной и двигательной-волевой сферы в ходе беседы, наблюдения и применения психологических тестов. Фиксация возбужденного больного.

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больной С., 48 лет. Жалобы на снижение настроения, чувство внутреннего напряжения, беспокойство, трудность при засыпании, боли за грудиной при небольшой физической нагрузке, общую слабость, одышку, повышенную утомляемость. Усиление жалоб психоэмоционального характера в течение последнего месяца обусловлено воспоминаниями о смерти единственного сына. После перенесенной психической травмы за помощью к психотерапевту не обращался и самостоятельно принимал седативные травы.

Анамнез заболевания. Впервые приступы стенокардии возникли после стресса 1 год назад (в Чечне погиб единственный сын). Год назад лечился стационарно. Получал нитраты, антагонисты кальция. В течение первых 3 месяцев находился на поддерживающей терапии, а далее из-за финансовых затруднений лечение не получал. Ухудшение в самочувствии – после годовщины со дня смерти сына в течение месяца.

Анамнез жизни. Родился в рабочей семье. В детстве в развитии от сверстников не отставал. В школу пошел своевременно. Окончил техникум, работает механиком. Наследственность отягощена – ИБС у матери. Проживает с женой, взаимоотношения хорошие.

Психический статус. Контактен, фиксирован на своих переживаниях. Фон настроения снижен. Суицидальных мыслей не высказывает. Память, мышление не нарушены. В поведении адекватен. Активной психопатологической продукции не выявляется.

Соматический статус. Общее состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, обычной влажности. В легких дыхание жесткое. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120/85 мм. рт. ст. Пульс 84 уд./мин, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Отеки на голенях.

Неврологический статус. Черепные нервы без особенностей. Зрачки D=S, реакция на свет удовлетворительная. Движения глазных яблок не нарушены, конвергенция, аккомодация не нарушены. Нистагма нет. Язык расположен по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук и ног положительные, D=S, удовлетворительные. Сила мышц достаточная. Пальценосовая проба удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.

Сформулируйте диагноз, проанализируйте особенности возникновения заболевания, назначьте терапию, выделите этапы психотерапии.

Алгоритм решения задачи.

Учитывая данные анамнеза (впервые приступы стенокардии возникли после гибели сына, ухудшение состояния также обусловлено годовщиной со дня этого события; отягощенная по ИБС наследственность), жалобы с выраженным эмоциональным компонентом (снижение настроения, чувство внутреннего напряжения, беспокойство, трудности при засыпании), данные обследования (грубой патологии со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено) и отсутствие положительной динамики при соматотропном лечении можно думать о значительной роли психологических факторов в генезе заболевания.

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца: нестабильная прогрессирующая стенокардия (психосоматического генеза). Легкий депрессивный эпизод.

2. Человек, перенесший в прошлом ушиб головы, в ответ на безобидную реплику своего начальника по поводу того, что он слишком много курит, внезапно вскочил, расшвырял стулья с такой силой, что один из них буквально развалился, а затем с

перекошенным от злобы лицом кинулся на сделавшего замечание и начал душить. Подбежавшие сотрудники с большим трудом оттащили его от начальника. После того как это патологическое состояние прошлого, ничего из происшедшего с ним в этот период не помнил.

3. Больная 0., 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.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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 эмоций.
2. Характеристика количественных расстройств эмоций.
3. Отличия физиологического аффекта от патологического.
4. Разновидности болезненных изменений настроения.
5. Понятие о психических парестезиях.
6. Клиническая характеристика маниакального синдрома.
7. Клиническая характеристика депрессивного синдрома.
8. Особенности аффективных (эмоциональных) расстройств.
9. Определение воли.
10. Характеристика двигательно-волевых расстройств (гиперфункция воли, парабулия)
11. Основные признаки кататонического (каталептического) ступора.
12. Особенности двигательно-волевых расстройств.
13. Синдромы двигательно-волевых расстройств.
14. Методы выявления расстройств эмоциональной сферы и нарушения произвольной деятельности.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Классическая депрессивная триада характеризуется
 - а) эмоциональным торможением
 - б) двигательным торможением
 - в) идеаторным торможением
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
2. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме
 - а) аффекта тоски
 - б) двигательного торможения
 - в) меланхолического раптуса
 - г) идеаторного торможения
 - д) депрессивного содержания мышления
3. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии
 - а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
 - б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента dolorosa
 - в) депрессивный ступор
 - г) все перечисленные
 - д) ни один из перечисленных
4. Маниакальная триада характеризуется

- а) повышенным настроением
- б) ускорением ассоциаций
- в) двигательным возбуждением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

5. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая

- а) гипермнезию
- б) конфабуляции
- в) ускорение ассоциаций
- г) явления отвлекаемости со скачкой идей
- д) идеаторную «спутанность»

6. 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

7. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме

- а) неполной обездвиженности
- б) ложных воспоминаний
- в) более или менее выраженного мутизма
- г) продолжительного сохранения одного и того же положения тела
- д) неестественных, вычурных поз

8. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме

- а) ложных воспоминаний
- б) абсолютной безучастности
- в) полной бездеятельности
- г) крайнего бессилия, доходящего до прострации, бессонницы
- д) утраты воспоминаний об этом состоянии

9. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме

- а) двигательного возбуждения
- б) безысходного отчаяния
- в) мучительной, невыносимой тоски
- г) того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
- д) ощущения сделанности состояния

10. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме

- а) дурашливости, гримасничания
- б) преобладания выражения восторга, экстаза
- в) нелепого, бессмысленного хохота
- г) прыжков, кривляния
- д) неуместных плоских шуток

Решить ситуационные задачи:

1. Больной, сидя в постели с подогнутыми под себя ногами, в течение многих часов совершает одни и те же движения: стереотипно потирает руки и через равные промежутки времени, наклоняет голову, касаясь носом пальцев, - и все это в полном молчании.

2. Больная 0., 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.

3. Больной Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шуточной форме представляет всех окружающих больных: "Это - гигант мысли, дважды два не знает сколько, а этот - барон Мюнхгаузен, враль необыкновенный" и т.д. Быстро отвлекается, "чтобы дать руководящие указания нянькам", которые не так, по его мнению, делают уборку помещения, затем, прыгая на одной ноге и пританцовывая, возвращается к группе студентов, предлагая "проверить их знания по всем наукам". Говорит очень быстро, хриплым голосом /от перенапряжения голосовых связок/, часто недоговаривая мысль до конца, перескакивает на другой предмет, иногда рифмует слова.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Общая психопатология/ Учебное пособие/ Багаев В.И., Злоказова М.В., Мальцева Е.А. – Киров, 2013, 132 с.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009

Тема 4: «Нарушения памяти, внимания, интеллекта. Нарушения сознания. Невротические синдромы»

Цель занятия: формирование умений по выявлению нарушений памяти, внимания, интеллекта, нарушений сознания, невротических синдромов и закономерностей патогенеза психопатологических синдромов.

Задачи:

1. Рассмотреть и изучить этиопатогенез, формы и виды, клинику, дифференциальную диагностику нарушений памяти, внимания, интеллекта.
2. Обучить студентов методам выявления интеллектуально-мнестических нарушений и применению полученных знаний на практике.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.
3. Рассмотреть этиопатогенез, клинику, дифференциальную диагностику различных видов нарушений сознания, группу невротических синдромов и закономерности патогенеза психопатологических синдромов.
4. Изучить клинические проявления невротических синдромов (астенический, обсессивно-фобический, ипохондрический, истерический), знать заболевания, при которых они встречаются; знать концепцию психопатологических регистров (позитивных и негативных), уметь объяснять на примерах психических расстройств (бредообразование, нарушение интеллекта, делириозный синдром).
5. Обучить студентов методам выявления нарушений сознания, определению вида и глубины расстройств сознания, тенденции динамики психопатологического синдрома (прогрессирование, регрессирование) и применению полученных знаний на практике.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из курса общей психологии: что такое память, внимание, интеллект, этапы формирования, физиологические основы интеллектуально-мнестических процессов; что

такое сознание, его виды, этапы формирования, физиологические основы бодрствующего сознания.

- из «введения в клиническую психологию»: нарушения памяти, внимания, интеллекта и методики их выявления. Нарушения сознания, причины и методики выявления

2. После изучения темы:

- клинику интеллектуально-мнестических расстройств.
- методы выявления интеллектуально-мнестических расстройств.
- виды помраченного сознания, их этиология, патогенез.
- методы выявления нарушений сознания.
- клинические проявления невротических симптомов, их этиологию и патогенез.
- закономерности синдрообразования на примере негативных и позитивных симптомов.
- методики выявления невротических симптомов.

Студент должен уметь:

- выявлять нарушения памяти, внимания, интеллекта в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования (тест Векслера, корректурная проба, методики исследования памяти);
- проводить дифференциальный диагноз выявленных интеллектуально-мнестических нарушений.
- выявлять нарушения сознания в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования (использованием приемов Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга, пробы Крепелина);
- проводить дифференциальный диагноз выявленных нарушений сознания.
- выявлять невротические синдромы с использованием метода наблюдения, беседы и психологических тестов (САН, шкала самооценки Спилбергера–Ханина и т.д.)

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать нарушения памяти, внимания, интеллекта в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.
- умением выявлять и квалифицировать нарушения сознания в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.
- умением выявлять и квалифицировать невротические синдромы в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Вводный контроль.

Тест.

1. Для фиксационной амнезии не характерно
 - а) потеря способности запоминать
 - б) забывание своего имени, даты рождения
 - в) отсутствие памяти на текущие события
 - г) выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
2. Антероградная амнезия характеризуется
 - а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
 - б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
 - в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
 - г) ни одним из перечисленных утверждений
 - д) всеми перечисленными утверждениям
3. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме
 - а) дисмнезии
 - б) амнезии
 - в) конфабуляции
 - г) парамнезии
 - д) сделанных воспоминаний
4. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
- б) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
- в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
- г) распространения подобного забвения на различный период

5. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая

- а) сделанные воспоминания ложные воспоминания
- б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
- в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
- г) патологические воображения в форме воспоминаний

6. Основными признаками астенического синдрома являются:

- а) абаулия, афазия, амнезия
- б) бессонница, бродяжничество, беспокойство
- в) утомляемость, раздражительность, бессонница
- г) анорексия, негативизм, сонливость

7. Сумеречное помрачение сознания может проявиться:

- а) дурашливостью
- б) ступором
- в) анорексией
- г) сомнамбулизмом

8. К навязчивым движениям относятся:

- а) припадки
- б) тики
- в) автоматизмы при синдромах Кандинского-Клерамбо
- г) псевдогаллюцинации

9. Для делирия характерны:

- а) истинные зрительные галлюцинации
- б) зрительные псевдогаллюцинации
- в) конфабуляции
- г) псевдореминисценции

10. Онейроид можно определить как:

- а) разновидность делирия
- б) сновидное помрачение сознания
- в) вариант синдрома Корсакова
- г) вариант синдрома Кандинского-Клерамбо

2. Беседа по теме занятия.

1. Основные компоненты памяти. Основные виды нарушений памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии).
2. Основные признаки Корсаковского синдрома.
3. Основные виды расстройства внимания.
4. Определение интеллекта.
5. Понятие о врожденном и приобретенном слабоумии. Виды приобретенного слабоумия.
6. Разновидности деменций в зависимости от характера заболевания.
7. Методы выявления расстройств памяти и интеллекта.
8. Определение сознания. Критерии расстройства сознания.
9. Классификация основных синдромов расстройства сознания.
10. Клиническая характеристика синдрома оглушенности.
11. Понятие о сопорозном и коматозном состояниях сознания.
12. Клиническая характеристика делириозного расстройства.
13. Клиническая характеристика аментивного расстройства сознания.
14. Клиническая характеристика онейроидного расстройства сознания.
15. Клиническая характеристика сумеречного состояния сознания.

16. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический.

- 3. Практическая работа** Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных, выявление интеллектуально – мнестических нарушений. Беседа с больными с нарушениями памяти, внимания, интеллекта. Выявления нарушений памяти внимания, интеллекта при помощи теста Векслера, корректурной пробы. Изучение письменной продукции больных. Выявление расстройств сознания. Исследование ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке и в собственной личности больного, установление наличия расстройств восприятия, внимания, мышления и памяти. Анализ отчета больного о своих переживаниях после выхода из болезненного состояния, получающего свое отражение в рисунках и письмах. Использование психологических методов исследования (приемы Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга, проба Крепелина) для выявления нарушений сознания.
- Научиться выявлять невротические расстройства у пациентов, используя метод наблюдения, беседы, изучения биографических данных и характеристик.
- Использование психологических тестов для выявления невротических симптомов (тест Спилбергера-Ханина, САН, опросники по выявлению тревожности).

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больной Ш., 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, раздражают музыка, громкие разговоры, яркий свет.

Выделите основные синдромы, сформулируйте диагноз.

Алгоритм решения задачи.

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) Данные 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 неврастения.

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.

Терапия:

Желательна госпитализация в отделение невротозов 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.

Назначение сосудистых препаратов для восстановления работоспособности (мексидол, винпоцетин, пентоксифиллин), витаминов (группы В (комбилипен), С и др.), общеукрепляющих препаратов (алоэ в/м).

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.

Диагноз: неврастения, гипостеническая фаза.

2. Больной Г., 39 лет, инвалид II группы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальцы, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель — я сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это — как во сне».

3. Больная, страдавшая много лет шизофренией, целыми днями лежит в постели, ни к чему не проявляя никакого интереса. Остается такой же безучастной и при посещении её родителями, никак не прореагировала на сообщение о смерти старшей сестры. Оживляется только тогда, когда слышит из столовой звон расставляемой посуды или видит в руках посетителей сумку с продуктами, причем реагирует уже не на то, какую домашнюю еду ей принесли, а в каком количестве.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Основные компоненты памяти. Основные виды нарушений памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии).
2. Основные признаки Корсаковского синдрома.
3. Основные виды расстройства внимания.
4. Определение интеллекта.

5. Понятие о врожденном и приобретенном слабоумии. Виды приобретенного слабоумия.
6. Разновидности деменций в зависимости от характера заболевания.
7. Методы выявления расстройств памяти и интеллекта.
8. Определение сознания. Критерии расстройства сознания.
9. Классификация основных синдромов расстройства сознания.
10. Клиническая характеристика синдрома оглушенности.
11. Понятие о soporозном и коматозном состояниях сознания.
12. Клиническая характеристика делириозного расстройства.
13. Клиническая характеристика аментивного расстройства сознания.
14. Клиническая характеристика онейроидного расстройства сознания.
15. Клиническая характеристика сумеречного состояния сознания.
16. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме

- а) дисмнезии
- б) амнезии
- в) конфабуляции
- г) парамнезии
- д) сделанных воспоминаний

2. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
- б) потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
- в) невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
- г) распространения подобного забвения на различный период

3. Антероградная амнезия характеризуется

- а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
- в) правильным поведением больных в этот, затем забытый период
- г) ни одним из перечисленных утверждений
- д) всеми перечисленными утверждениями

4. Фиксационная амнезия характеризуется

- а) потерей способности запоминать
- б) отсутствием памяти на текущие события
- в) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

5. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая

- а) ложные воспоминания
- б) действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
- в) обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
- г) патологические воображения в форме воспоминаний
- д) сделанные воспоминания

6. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется

- а) дебильностью
- б) имбецильностью
- в) идиотией
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

7. Приобретенное слабоумие делится на

- а) парциальное (лакунарное)
- б) тотальное (глобальное)
- в) маразм (распад личности)
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

8. Вид помрачения сознания, развивающийся, как правило, при инфекционных, соматогенных, интоксикационных, сосудистых заболеваниях, и свидетельствующий о крайне тяжелом соматическом статусе пациента:

- а) аменция
- б) сумеречное помрачение сознания
- в) онейроид
- г) сомнабулизм

9. Фуга в отличие от амбулаторного автоматизма характеризуется:

- а) большей скоростью протекания феномена, быстротой движений; состояние длится несколько секунд или минут
- б) наличием галлюцинаторно-бредовой симптоматики
- в) двигательное возбуждение на фоне ясного сознания
- г) период помраченного сознания не амнезируется
- д) все ответы верные

10. К разновидностям делирия не относится:

- а) алкогольный
- б) профессиональный
- в) мусситирующий
- г) делирий без делирия
- д) паралитический

Решите ситуационные задачи:

1. Больной С., 29 лет. Поступил в реанимационное отделение в состоянии тяжелой медикаментозной интоксикации, без сознания. Пришел в сознание в течение первых суток пребывания в отделении. На момент беседы – 5-е сутки лечения. В беседе не может вспомнить события, происходившие с ним на 2 и 3 день лечения. События, предшествующие отравлению и 4-5 сутки помнит неплохо. Данное состояние обнаружил у себя на 4-й день пребывания в больнице. В беседе адекватен, критичен, жалуется на слабость и головные боли.

2. Больной, в прошлом очень образованный и культурный человек, не стеснялся присутствующих, ходит голым по палате, затем подходит к молодому врачу и предлагает ей «немедленно выходить за него замуж». Не помнит ни дат своей жизни, ни известных исторических дат. Безо всякой критики относится к своему состоянию, считает себя вполне здоровым, факт своего пребывания в беспокойном отделении психиатрической больницы объясняет желанием «отдохнуть от дел в этой милой обстановке».

3. Больной Г., 39 лет, инвалид II группы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз; приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти недоступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальцы, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель — я сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по

сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это — как во сне».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Общая психопатология/ Учебное пособие/ Багаев В.И., Злоказова М.В., Мальцева Е.А. – Киров, 2013, 132 с.
2. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Раздел: «Частная психиатрия»

Тема 5: «Шизофрения»

Цель занятия: формирование умений по выявлению шизофрении.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности шизофрении;
2. Изучить патогенез, клинику и динамику;
3. Освоить практические навыки выявления, описания и общих принципов лечения шизофрении:
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения,
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: методы психологических исследований для выявления симптомов шизофрении (тесты для исследования мышления, памяти, внимания, личностные тесты (MMPI).
 - из «введения в клиническую психологию»: симптомы нарушений восприятия, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы.

2. После изучения темы:

- этиология, патогенез, клиника и терапия шизофрении;
- методы выявления симптомов шизофрении;
- проведение комплексной медико-психолого-социальной реабилитации при шизофрении.

Студент должен уметь:

- выявлять психические нарушения, встречающиеся при шизофрении;
- применять методики для выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта при шизофрении.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать психические нарушения при шизофрении в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте:
 - а) подростковом
 - б) зрелом
 - в) старческом
 - г) одинаково во всех возрастных группах
2. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:
 - а) невротоподобных расстройств
 - б) бредовых расстройств

- в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
 - г) судорожного синдрома
3. Какая из перечисленных форм шизофрении тождественна шубообразной шизофрении:
- а) непрерывно-прогредиентная
 - б) приступообразно-прогредиентная
 - в) рекуррентная
 - г) простая
 - д) циркулярная
4. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме:
- а) падения психической продуктивности
 - б) нарастания эмоциональных изменений
 - в) явлений искаженного пубертатного криза
 - г) рудиментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств
 - д) выраженных аффективных расстройств
5. На какие две группы подразделяются характерные для шизофрении синдромы:
- а) на основные и второстепенные
 - б) на обязательные и дополнительные
 - в) на простые и сложные
 - г) на позитивные и негативные
6. Самая часто встречающаяся форма шизофрении:
- а) кататоническая
 - б) гебефреническая
 - в) простая
 - г) параноидная
 - д) циркулярная
7. Простой вариант злокачественной шизофрении характеризуется:
- а) гебефреническим синдромом
 - б) кататоническим синдромом
 - в) симплекс-синдромом
 - г) бредовыми синдромами
 - д) аффективными синдромам
8. Что характерно для эмоциональных изменений при шизофрении:
- а) слабодушие
 - б) эмоциональная лабильность
 - в) экспансивность
 - г) эмоциональная дефицитарность
9. Реже всего шизофрения протекает:
- а) непрерывно-прогредиентно
 - б) приступообразно-прогредиентно
 - в) рекуррентно
 - г) латентно
10. При каком типе течения шизофрении дефект личности развивается быстрее всего:
- а) непрерывно-прогредиентном
 - б) приступообразно-прогредиентном
 - в) рекуррентном
 - г) латентном

Беседа по теме занятия.

- 1. Определение шизофрении. Основные теории этиопатогенеза.
- 2. Нарушения мышления, эмоционально-волевой двигательной сферы при шизофрении.
- 3. Формы шизофрении, характеристика.
- 4. Характеристика непрерывного прогредиентного типа течения.
- 5. Характеристика приступообразно-прогредиентного типа течения шизофрении.
- 6. Рекуррентная шизофрения.
- 7. Понятие ремиссии. Особенности шизофрении у детей и подростков.

8. Понятие дефекта и слабоумия при шизофрении.
9. Дифференциальный диагноз шизофрении.
10. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.
11. Особенности трудовой, судебной экспертизы при шизофрении.
12. Основные принципы лечения шизофрении.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя.

- Курация больных по теме занятия с целью выявления психических нарушений, встречающихся при шизофрении.
- Использование методик клинического и психологического исследования в ходе курации пациентов для выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта и расстройств личности при шизофрении.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больная Т., 29 лет. В родах отмечалась асфиксия, в раннем детстве явления atopического 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 ограничивалось пределами постели. Несколько раз становилась относительно доступной, сказала, что внутри головы слышит «голоса» неприятного содержания.

Выделите ведущие синдромы, поставьте диагноз, определите принципы терапии.

Алгоритм решения:

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 вниманиеотягощенность экзогенно-органическими факторами (асфиксия в родах), неблагоприятный аллергический анамнез (атопический дерматит в детстве).

Общие принципы лечения:

1. Госпитализация в отделение интенсивной терапии.
2. Решение вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии.
3. Ликвидация гиповолемии и коррекция кислотно-основного состояния.
4. Устранение гипертермии.
5. Профилактика отека мозга.
6. Использование больших доз ноотропов.
7. Коррекция вегетативных нарушений.
8. Профилактика вторичных инфекций (антибиотики).
9. Синдромальное лечение.

2. Больной Д., 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. Выделите ведущие синдромы, поставьте диагноз, определите принципы терапии.

3. Больной С., 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. Выделите ведущие синдромы, поставьте диагноз, определите принципы терапии.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Нарушения мышления, эмоционально-волевой двигательной сферы при шизофрении.
3. Формы шизофрении, характеристика.
4. Характеристика непрерывного прогрессивного типа течения.
5. Характеристика приступообразно-прогрессивного типа течения шизофрении.
6. Рекуррентная шизофрения.
7. Понятие ремиссии. Особенности шизофрении у детей и подростков.
8. Понятие дефекта и слабоумия при шизофрении.
9. Дифференциальный диагноз шизофрении.
10. Особенности выполнения диагностических экспериментально-психологических методик при шизофрении.
11. Особенности трудовой, судебной экспертизы при шизофрении.
12. Основные принципы лечения шизофрении.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте
 - а) подростковом
 - б) зрелом
 - в) старческом
 - г) одинаково во всех возрастных группах
2. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства
 - а) синдром Кандинского - Клерамбо
 - б) псевдогаллюцинации
 - в) интерпретативный бред
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
3. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме
 - а) снижения энергетического потенциала
 - б) эмоционального обеднения
 - в) нарастающей интравертированности
 - г) утраты единства психических процессов
 - д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
4. Для мышления больных шизофренией характерно
 - а) замедление ассоциативного процесса
 - б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 - в) обстоятельность
 - г) ускорение ассоциативного процесса
 - д) все перечисленное
5. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно
 - а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
 - б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
 - в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
6. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны
 - а) неадекватная мимика
 - б) исчезновение вазомоторных реакций
 - в) "стальной" блеск глаз
 - г) замедленность или ускоренность пантомимики
 - д) верно а) и б)
7. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме
 - а) неврозоподобных
 - б) бредовых
 - в) галлюцинаторных
 - г) кататонических
 - д) аффективных (психические депрессии, мании)
8. Для синдрома Кандинского свойственна следующая последовательность развития его проявлений
 - а) сенестопатические автоматизмы – моторные автоматизмы – симптом открытости – идеаторные автоматизмы
 - б) симптом открытости – идеаторные автоматизмы – сенестопатические автоматизмы – моторные автоматизмы
 - в) псевдогаллюцинации – синдром овладения – моторные автоматизмы – симптом открытости
 - г) моторные автоматизмы – сенестопатические автоматизмы – идеаторные автоматизмы
 - д) симптом открытости – псевдогаллюцинации – сенестопатические автоматизмы
9. Для рекуррентной шизофрении является характерным

- а) высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе в сравнении с аффективными нарушениями
- б) выраженные изменения личности
- в) наличие "сквозных" расстройств в течение болезни
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

10. Для шизофрении подросткового возраста характерны все перечисленные синдромы, кроме

- а) нервной анорексии
- б) дисморфофобии
- в) гебоидного синдрома
- г) метафизической интоксикации
- д) паранойяльного бреда с высокой степенью систематизации

Решить ситуационные задачи:

1. Больной К., 16 лет. Раннее развитие без особенностей. До 13 лет был подвижным общительным, с интересом учился в школе, посещал спортивную секцию. Затем состояние изменилось: постепенно снизилась успеваемость в школе, стал пропускать занятия, увлекся философской литературой, порвал отношения со сверстниками, т.к. считал это пустой тратой времени, контакт с близкими принял формальный характер. В настоящее время целыми днями лежит в постели, ничем не занимается, почти не разговаривает, неопрятен, взгляд неподвижный. Предварительный диагноз.

2. Больной П., 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». Предварительный диагноз?

3. Больной Д., 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. Предварительный диагноз?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009

Тема 6: «Аффективные расстройства. Психосоматические и соматопсихические расстройства»

Цель занятия: формирование знаний и умений по выявлению аффективных расстройств, закрепление теоретических знаний и формирование навыков по выявлению психических нарушений при соматических, общих инфекционных и инфекционно-органических заболеваниях головного мозга, а также при психосоматических расстройствах.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности аффективных расстройств;
2. Изучить патогенез, клинику и динамику;
3. Изучить патогенез, клинику и динамику депрессивных расстройств
4. Знать симптомы пре-суицидального поведения, особенности работы с суицидентами.

5. Обучить практическим навыкам выявления, описания и лечения аффективных расстройств.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.
6. Рассмотреть особенности психических нарушений при соматических, инфекционных и органических заболеваниях
7. Изучить особенности патоморфоза соматогенных расстройств в последние десятилетия, особенности психопатологических нарушений при отдельных нозологических формах;
8. Рассмотреть и изучить психосоматические расстройства, виды, причины возникновения, особенности клиники и терапии
9. Обучить студентов практическим навыкам выявления, описания и лечения психических нарушений при соматических, инфекционных и инфекционно-органических заболеваниях головного мозга.
10. Обучить студентов практическим навыкам выявления, описания и лечения психосоматических заболеваний.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: методы психологических исследований для выявления симптомов аффективных расстройств (шкала депрессии Зунге, тест Спилбергера-Ханина)
 - из «введения в клиническую психологию»: симптомы нарушений эмоционально-волевой сферы, нарушения восприятия, мышления, памяти, интеллекта;
 - из неврологии: сведения об органических заболеваниях головного мозга;
2. После изучения темы:
 - этиология, патогенез, клиника и терапия аффективных расстройств;
 - этиология, патогенез, клиника и терапия депрессий, суицидальных тенденций;
 - принципы проведения комплексной медико-психолого-социальной реабилитации при аффективных расстройствах;
 - психические нарушения, встречающиеся при соматических, инфекционных, органических заболеваниях;
 - психосоматические расстройства, виды, причины возникновения, особенности клиники и терапии;
 - методики выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта, применяемые для выявления психических нарушений при соматических, инфекционных и органических заболеваниях.

Студент должен уметь:

- выявлять психические нарушения, встречающиеся при аффективных расстройствах в ходе беседы и клинического наблюдения;
- выявлять симптомы предсуицидального поведения и работать с суицидентами;
- применять методики для выявления нарушений эмоционально-волевой сферы;
- выявлять психические нарушения, встречающиеся при соматических, инфекционных, органических заболеваниях;
- диагностировать психосоматические расстройства, виды, причины возникновения,
- применять методики для выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта при соматических, инфекционных и органических заболеваниях головного мозга.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать психические нарушения при аффективных расстройствах, в т.ч. при депрессии в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования;
- выявления и квалификации психических нарушений при соматических и инфекционных заболеваниях в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. Основными характеристиками биполярного аффективного расстройства являются все перечисленные, кроме:
 - а) фазного характера течения
 - б) периодичности течения
 - в) усложнения психопатологической структуры
 - г) отсутствия личностных изменений
2. Понятие циркулярности включает:
 - а) течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз
 - б) обязательную повторяемость фаз одного знака
 - в) обязательное возникновение полярных фаз
 - г) правильное чередование полярных фаз
3. Для маниакальных состояний характерно все перечисленное, кроме:
 - а) скачки идей
 - б) бреда толкования
 - в) тахипсихизма
 - г) чувства полноты физического благополучия
 - д) сопровождаются бредом самообвинения
4. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
 - а) гипермнезию
 - б) конфабуляции
 - в) ускорение ассоциаций
 - г) явления отвлекаемости со скачкой идей
 - д) идеаторную "спутанность"
5. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая:
 - а) исчезновение суточных колебаний
 - б) витальный характер депрессии
 - в) идеи осуждения
 - г) суицидальные мысли
 - д) отсутствие аппетита
6. Психозы при соматических неинфекционных заболеваниях, при интоксикациях и при инфекционных заболеваниях относят к группе:
 - а) реактивных психозов
 - б) эндогенных психозов
 - в) симптоматических психозов
 - г) экзогенно-органических психозов
7. Для постинфекционной астении характерны эмоциональные нарушения в виде:
 - а) эйфории
 - б) дистимии
 - в) эмоциональной слабости
 - г) аффективной возбудимости
8. Ведущими синдромами острых симптоматических психозов являются:
 - а) галлюцинаторно-бредовые
 - б) аффективные
 - в) помрачения сознания
 - г) кататонические
 - д) невротические
9. К диагностическим критериям соматогенных психических расстройств не относится:
 - а) наличие отчетливой соматической симптоматики
 - б) четкая связь во времени между психическими и соматическими расстройствами
 - в) параллелизм течения психических и соматических расстройств
 - г) наличие экзогенной или органической симптоматики

- д) наличие эндогенного заболевания
- 10. Для продромального периода при кори характерно:
 - а) наличие галлюцинаторно-бредовой симптоматики
 - б) сумеречное помрачение сознания
 - в) раздражительность и капризная плаксивость
 - г) острое полиморфное расстройство
 - д) вербальный галлюциноз и сенестопатии

Беседа по теме занятия.

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, общие принципы терапии.
4. Клиника и стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Понятие об интермиссии биполярного аффективного расстройства.
8. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
9. Понятие циклотимии.
10. Терапия аффективных расстройств.
11. Методы выявления суицидальной настроенности.
12. Неотложная психологическая помощь при суицидальных тенденциях.
13. Этиология психических нарушений при соматических заболеваниях.
Предрасполагающие факторы.
14. Психопатологические проявления невротического уровня при соматических и инфекционных заболеваниях.
15. Симптомы психотического уровня при соматических и инфекционных заболеваниях.
16. Основные формы течения соматогенных психозов.
17. Симптоматика и особенности течения острых соматогенных психозов.
18. Психоорганический синдром при затяжных соматогенных заболеваниях.
19. Какова симптоматика психических нарушений при:
 - острой и хронической сердечной недостаточности
 - инфаркте миокарда
 - ревматизме
 - желудочно-кишечных заболеваниях
 - онкологических заболеваниях
 - гриппе
20. Психопатологические синдромы при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга.
21. Особенности психопатологических нарушений при энцефалите (клещевом, летаргическом, эпидемическом).
22. Психосоматические расстройства, виды, этиопатогенез, особенности клиники и общие принципы терапии.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных по теме занятия с целью выявления психических нарушений, встречающихся при аффективных расстройствах. Использование методик клинического и психологического исследования в ходе курации пациентов для выявления нарушений эмоционально-волевой сферы при аффективных расстройствах. Курация больных по теме занятия с целью выявления психических нарушений, встречающихся при соматических, инфекционных, органических заболеваниях. Использование методик клинического и психологического исследования в ходе курации пациентов для выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта при соматических, инфекционных и органических заболеваниях головного мозга.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больной Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шуточной форме представляет всех окружающих больных: "Это – гигант мысли, дважды два не знает сколько, а этот – барон Мюнхгаузен, враль необыкновенный" и т.д. Быстро отвлекается, "чтобы дать руководящие указания нянькам", которые не так, по его мнению, делают уборку помещения, затем, прыгая на одной ноге и пританцовывая, возвращается к группе студентов, предлагая "проверить их знания по всем наукам". Говорит очень быстро, хриплым голосом /от перенапряжения голосовых связок/, часто недоговаривая мысль до конца, перескакивает на другой предмет, иногда рифмует слова. Ведущий синдром, предварительный диагноз?

Ведущий синдром: маниакальный (повышенное настроение, ускорение ассоциативных процессов, чрезмерное стремление к деятельности, переоценка собственных возможностей, симптом гиперметаморфоза, «скачка идей»)

2. Больная Т. 33 года. Заболела остро после трагической гибели дочери. Как услышала ее крик «стало дурно: головокружение, слабость в ногах», казалось, что «отнялся язык». Плохо помнит события, имевшие место вскоре после происшествия. Затем стала нарастать тоска. Не находила себе места, металась по комнате. Разладился сон, пропал аппетит: почти не спала, ничего не ела. Постоянно думала о дочери. Работать не могла, «все валилось из рук», выполняла подсобную работу. Начала спать, но сон был поверхностным с обильными кошмарными сновидениями. В фабуле сновидений - дочь, психотравмирующая ситуация. Высказывала мысли о никчемности жизни. Считала, что окружающие обвиняют ее в гибели дочери. Стала медлительной, с трудом двигалась. Ничто ее не заботило, не интересовало, оставалось угнетенное настроение. Скорбное выражение лица, двигательно заторможена, подавлена, тосклива. Говорит тихо, с усилием произносит слова, легко потеет. Неотступно думает о случившемся. Винит себя в гибели дочери. Молчалива, с окружающими активно не общается, часто плачет. О каком синдроме идет речь?

3. Больная Я., 44 лет. Жалобы при поступлении на подавленное настроение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, головные боли, головокружения. Данные жалобы впервые появились после стресса, 2 года назад. Ухудшение в течение недели связано с переживаниями по поводу злоупотребления мужем алкоголем.

Анамнез заболевания. Повышение АД впервые возникло на фоне стресса 2 года назад (внезапная смерть дочери 20 лет). Заболевание неуклонно прогрессировало: отмечались частые повышения АД до 160/100 мм. рт. ст., сопровождающиеся головной болью, головокружением, нарастала слабость. В связи с гипертоническими кризами 6 раз лечилась стационарно. Данное ухудшение – в течение 2 недель, связано с психоэмоциональными переживаниями.

Анамнез жизни. Родилась в рабочей семье. Наследственность по артериальной гипертонии отягощена (у отца – гипертоническая болезнь). В детстве не отставала в развитии от сверстников. В школе училась хорошо, классы не дублировала. По характеру формировалась мнительной, педантичной. Окончила педагогический институт. Работает учителем химии в школе. Проживает с мужем и сыном (12 лет). Муж после смерти дочери стал злоупотреблять алкоголем. Сын тихий, спокойный, хорошо учится в школе, увлекается компьютером. Семья проживает в благоустроенной квартире. Материально обеспечена.

Психический статус. Фон настроения снижен. Доступна контакту. Плохо спит, засыпает с трудом. При воспоминаниях о дочери на глазах появляются слезы. Внешне напряжена. Обеспокоена будущим своей семьи. Мышление последовательное. Память, мышление не нарушены. Активной психопатологической продукцией не выявляется.

Соматический статус. Общее состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 160/100 мм рт. ст. Пульс 76 уд./мин, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Отеков нет.

Неврологический статус. Черепные нервы без особенностей. Зрачки D=S, реакция на свет удовлетворительная. Движения глазных яблок, конвергенция, аккомодация не нарушены. Нистагма нет. Язык расположен по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук и ног положительные, D=S, удовлетворительные. Сила мышц достаточная. Пальцевосовая проба удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови и мочи — в норме; биохимические исследования — ВЛП — 39,1 ммоль/л, К — 4,1 ммоль/л, Na — 142,0 ммоль/л, сахар крови - 3,6 ммоль/л, АСТ - 0,58, АЛТ - 0,37. ЭКГ - P=0,10, PQ=0,16, QRS=0,08, QRST=0,36, ЧСС = 68 уд./мин, РII, RI, RIII; RV5>RV4, Т сглаж. в AV, T(+) в V2-V3M/2 R. Ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, мышечные изменения.

Соматотропная терапия. До ухудшения самочувствия — каптоприл; стационарно - арифон 5 мг/сут., эгилон 100 мг/сут., пирасетам 20% - 5,0 в/в. Лечение в течение 1 недели без существенного улучшения, что и потребовало назначения консультации у психотерапевта.

Сформулируйте диагноз, проанализируйте особенности возникновения заболевания, назначьте терапию, выделите этапы психотерапии.

Алгоритм решения задачи.

Формированию артериальной гипертензии способствовали: наследственная предрасположенность, наличие хронической психотравмирующей ситуации (алкоголизм мужа) и личностные характеристики. Возникновение заболевания у пациентки непосредственно связано с острой психотравмирующей ситуацией (смерть дочери). Прогрессирование заболевания и частые обострения обусловлены неразрешенными внутрисемейными конфликтами. Среди психопатологической симптоматики преобладают тревожно-фобические проявления. При обследовании выявлено повышение артериального давления, изменения на электрокардиограмме

Терапия: наряду с соматотропной терапией необходимо использовать препараты анксиолитического действия (меzapам по 10 мг 3 раза), антидепрессанты (сертралин 50 мг утром), ноотропные препараты (пантогам 0,25 – 2раза).

Ведущая роль в терапии отводится проведению психотерапии. Необходима индивидуальная и семейная формы психотерапии.

Характеристика психотерапевтического процесса.

Психотерапевтический процесс подразделяется на три этапа:

I – выявление всех жизненных ситуаций, вызывающих тревогу, сопровождающихся вегетативными ощущениями; у пациентки это - страх одиночества, тревога за родных, за будущее;

II этап – анализ ситуаций, вызывающих тревогу; выбор «наиболее значимых жизненных ситуаций», среди которых у пациентки выделяется страх будущего в новой социальной ситуации внутри семьи;

III этап – дезактуализация значимости ситуаций, вызывающих тревогу (проработка тревоги, страхов; выработка толерантности к ситуации).

Диагноз: Артериальная гипертензия (психосоматического генеза) II стадия, 2 степень повышения артериального давления. Риск 3.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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, общие принципы терапии.
4. Клиника и стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Понятие об интермиссии биполярного аффективного расстройства.
8. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
9. Понятие циклотимии.
10. Терапия аффективных расстройств.
11. Методы выявления суицидальной настроенности.
12. Неотложная психологическая помощь при суицидальных тенденциях.
13. Этиология психических нарушений при соматических заболеваниях.
- Предрасполагающие факторы.
14. Психопатологические проявления невротического уровня при соматических и инфекционных заболеваниях.
15. Симптомы психотического уровня при соматических и инфекционных заболеваниях.
16. Основные формы течения соматогенных психозов.
17. Симптоматика и особенности течения острых соматогенных психозов.
18. Психоорганический синдром при затяжных соматогенных заболеваниях.
19. Какова симптоматика психических нарушений при:
 - острой и хронической сердечной недостаточности
 - инфаркте миокарда
 - ревматизме
 - желудочно-кишечных заболеваниях
 - онкологических заболеваниях
 - гриппе
20. Психопатологические синдромы при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга.
21. Особенности психопатологических нарушений при энцефалите (клещевом, летаргическом, эпидемическом).
22. Психосоматические расстройства, виды, этиопатогенез, особенности клиники и общие принципы терапии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Маниакально-депрессивный психоз чаще всего дебютирует
 - а) в детском возрасте
 - б) в подростковом возрасте
 - в) в юношеском возрасте
 - г) в зрелом возрасте
 - д) в инволюционном возрасте
2. Маниакально-депрессивный психоз у подростков протекает
 - а) чаще под видом соматического заболевания
 - б) всегда в виде клинически явных аффективных фаз
 - в) одинаково часты оба варианта развития
3. Для терапии маниакально-депрессивного психоза в детском и подростковом возрастах предпочтительны антидепрессанты
 - а) седативного действия
 - б) стимулирующего действия
 - в) балансирующего действия
 - г) существенного значения не имеет
4. Особые формы депрессий лечатся
 - а) с учетом их психопатологической структуры
 - б) с учетом их динамики (психопатологической)
 - в) с учетом длительности предыдущих состояний
 - г) сочетанием препаратов различных классов
 - д) верно все перечисленное

5. Мерами неотложной терапии острых депрессивных состояний являются все перечисленные, кроме
- а) срочного парентерального введения транквилизаторов или нейролептиков
 - б) ограничения подвижности больного
 - в) неотложной госпитализации
 - г) неотлучного строгого надзора (возможность суицида)
 - д) амбулаторного лечения
6. При лечении маниакальных фаз маниакально-депрессивного психоза
- а) учитывается психопатологическая структура мании для назначения конкретных препаратов
 - б) учитывается возможность последующей "сдвоенности" фазы и проводится возможная профилактика
 - в) при отсутствии сдвоенности поддерживающая терапия не является необходимой
 - г) верно все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
7. К реабилитационным мероприятиям при маниакально-депрессивном психозе относится все перечисленное, кроме
- а) индивидуальной психотерапии
 - б) групповой (семейной) психотерапии
 - в) трудотерапии
 - г) постепенного перевода на более свободный режим
 - д) обязательного направления в ЛПУ
8. К психосоматическим заболеваниям относится:
- а) язвенная болезнь желудка и ДПК
 - б) острый аппендицит
 - в) подагра
 - г) болезнь Иценко-Кушинга
9. При соматических заболеваниях с хроническим течением, нарушением обмена, интоксикацией могут наблюдаться все расстройства, кроме:
- а) невротоподобные расстройства
 - б) психопатоподобные расстройства
 - в) аффективные синдромы
 - г) галлюцинаторно-бредовые переживания
 - д) нет правильного ответа
10. К психосоматическим заболеваниям относится все, кроме:
- а) бронхиальная астма
 - б) нейродермит
 - в) гипертоническая болезнь
 - г) ревматоидный артрит
 - д) врожденные пороки сердца

Решить ситуационные задачи:

1. Больной Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шуточной форме представляет всех окружающих больных: "Это – гигант мысли, дважды два не знает сколько, а этот – барон Мюнхгаузен, враль необыкновенный" и т.д. Быстро отвлекается, "чтобы дать руководящие указания нянькам", которые не так, по его мнению, делают уборку помещения, затем, прыгая на одной ноге и пританцовывая, возвращается к группе студентов, предлагая "проверить их знания по всем наукам". Говорит очень быстро, хриплым голосом /от перенапряжения голосовых связок/, часто недоговаривая мысль до конца, перескакивает на другой предмет, иногда рифмует слова. Ведущий синдром?

2. Больная Т. 33 года. Заболела остро после трагической гибели дочери. Как услышала ее крик « стало дурно: головокружение, слабость в ногах», казалось, что «отнялся язык». Плохо помнит события, имевшие место вскоре после происшествия. Затем стала нарастать тоска. Не находила себе места, металась по комнате. Разладился сон, пропал аппетит:

почти не спала, ничего не ела. Постоянно думала о дочери. Работать не могла, «все валилось из рук», выполняла подсобную работу. Начала спать, но сон был поверхностным с обильными кошмарными сновидениями. В фабуле сновидений - дочь, психотравмирующая ситуация. Высказывала мысли о никчемности жизни. Считала, что окружающие обвиняют ее в гибели дочери. Стала медлительной, с трудом двигалась. Ничто ее не заботило, не интересовало, оставалось угнетенное настроение.

Скорбное выражение лица, двигателью заторможена, подавлена, тосклива. Говорит тихо, с усилием произносит слова, легко потеет. Неотступно думает о случившемся. Винит себя в гибели дочери. Молчалива, с окружающими активно не общается, часто плачет. О каком синдроме идет речь?

3. Больная 0., 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. Ведущий синдром?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009
2. Психосоматические расстройства: этиология, клиника, терапия: учебное пособие для студентов мед. вузов / сост. В.И. Багаев, М.В. Злоказова, А.Ю. Новоселов - Кировская ГМА, Киров. 2010.

Тема 7: «Эпилепсия. Психические расстройства при травмах головного мозга»

Цель занятия: закрепление знаний и формирование умений по диагностике и терапии эпилепсии, а также психических нарушений при черепно-мозговой травме.

Задачи:

1. закрепить теоретические знания по этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике и терапии эпилепсии и эпилептиформных синдромов;
2. обучить знаниям по особенностям клиники, диагностики и принципам лечения эпилептических психозов;
3. обучить практическим навыкам диагностики и общим принципам лечения эпилепсии, эпилептиформных синдромов:
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения,
 - при использовании психологических методов исследования.
4. рассмотреть вопросы по патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике и терапии психических расстройств в острый, начальный и отдаленный период черепно-мозговой травмы;
5. обучить практическим навыкам диагностики и общим принципам лечения психических расстройств при черепно-мозговой травме:
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:

- из неврологии: этиология, патогенез, клиника и терапия эпилепсии и эпилептиформных синдромов; неврологические симптомы черепно-мозговой травмы.
- из «введения в клиническую психологию»: симптомы нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта, эмоционально-волевые расстройства.

2. После изучения темы:

- этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и терапия эпилепсии, эпилептических психозов и эпилептиформных синдромов;
- патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и терапия психических расстройств в острый, начальный и отдаленный период черепно-мозговой травмы;

Студент должен уметь:

- выявлять симптомы эпилепсии, эпилептических психозов и эпилептиформных синдромов при беседе, наблюдении, анализе данных лабораторно-инструментальных исследований;
- выявлять психические нарушения при последствиях черепно-мозговой травмы.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать психические нарушения при эпилепсии и эпилептических психозах в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования;
- умением выявлять и квалифицировать психические нарушения при последствиях черепно-мозговой травмы в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Вводный контроль.

Тест.

1. К генерализованным приступам относятся все перечисленные, кроме:

- а) абсансов
- б) пропульсивных (акинетических)
- в) миоклонических
- г) парциальных (джексоновских)

2. В каком возрасте чаще всего развивается первый приступ эпилепсии:

- а) в первый год жизни
- б) до 18 лет
- в) от 25 до 40 лет
- г) после 25

3. Сложные парциальные приступы чаще всего проявляются в виде:

- а) психомоторных приступов
- б) абсансов
- в) генерализованных судорог
- г) атонических приступов

4. Как переводится слово «эпилепсия»:

- а) падучая болезнь
- б) лунная болезнь
- в) священная болезнь
- г) внезапно падать
- д) черная болезнь

5. Простые парциальные приступы, это:

- а) приступы без изменения сознания
- б) абсансы
- в) тонические
- г) атонические

6. Повторяющиеся генерализованные судорожные приступы, следующие один за другим, между которыми не восстанавливаются основные соматические показатели, называются:

- а) серия приступов
- б) фебрильные приступы
- в) эпилептический статус

г) эпилептическая реакция

7. При легкой степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

а) первоначального отключения сознания длительностью несколько часов

б) астенического синдрома

в) отсутствия последующего оглушения или наличия легкой обнубиляции

г) ретроградной амнезии, распространяющейся только на момент травмы и ближайшие к ней периоды времени (часы)

д) отсутствия жалоб на плохое самочувствие или наличия отдельных общемозговых симптомов в остром периоде

8. При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

а) первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов

б) последующей обнубиляции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней

в) ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, антероградной амнезии

г) возникновения в остром периоде только легкой астении

д) разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания

9. Для тяжелой черепно-мозговой травмы характерно все перечисленное, кроме

а) сопора или комы продолжительностью несколько суток

б) мнестических нарушений (антероградной, ретроградной, фиксационной амнезии)

в) выраженных проявлений психоорганического синдрома, возникающих в остром периоде

г) обнубиляции, сохраняющейся до 1-2 часов после получения травмы

10. Для острого периода коммоции (сотрясения) головного мозга характерно все перечисленное, кроме

а) головокружения

б) тошноты, рвоты

в) вазомоторно-вегетативных расстройств

г) астении

д) локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)

2. Беседа по теме занятия.

1. Этиология и патогенез эпилепсии.

2. Критерии постановки диагноза эпилепсии.

3. Классификация эпилепсии.

4. Генерализованные приступы. Виды, характеристика.

5. Характеристика простых и сложных парциальных приступов.

6. Изменения личности больных эпилепсией.

7. Эпилептические психозы. Классификация, клиника.

8. Принципы лечения эпилепсии, противоэпилептические средства, особенности их назначения.

9. Эпилептический статус, виды, терапия.

10. Дифференциальный диагноз эпилепсии.

11. Понятие об эпилептической реакции и синдроме.

12. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.

13. Общие принципы терапии психических нарушений при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.

3. Практическая работа Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных по теме занятия с целью выявления симптомов эпилепсии, постановка диагноза, проведение дифференциального диагноза, назначение терапии. Курация пациентов по теме занятия с целью выявления симптомов начального и отдаленного периода черепно-мозговой травмы, постановка диагноза, проведение дифференциального диагноза.

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больная М., 22 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно. В 10 лет была сбита машиной, получила черепно-мозговую травму с потерей сознания, лечилась в стационаре. В возрасте 11 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. Обследовалась у невропатолога по месту жительства, рекомендован прием противоэпилептических препаратов. На фоне нерегулярного приема противоэпилептических препаратов возникла серия приступов, начинающихся с поворота головы вправо, в дальнейшем - потеря сознания, падение, генерализованные тонико-клонические судороги длительностью 5-8 минут. Между приступами сознание пациентки полностью не восстанавливалось.

Алгоритм решения.

Учитывая наличие генерализованных судорожных приступов, возникших после черепно-мозговой травмы в 11 лет, можно думать о диагнозе эпилепсия. Так как приступы носят серийный характер, и сознание больной между ними не восстанавливается, то это эпилептический статус. Приступы во время статуса носят характер вторично-генерализованных, поэтому эпилепсия – фокальная.

Обследование:

ЭЭГ, консультация офтальмолога, спинномозговая пункция, МРТ головного мозга.

Терапия: купирование эпилептического статуса (в/в медленно сибазон/диазепам, лазикс, магnezия); при отсутствии эффекта от бензодиазепинов – госп-я в реанимац. отделение, вальпроаты (депакин в/в капельно); при неэффективности - проведение наркоза.

Диагноз: Симптоматическая (посттравматическая) фокальная эпилепсия с вторично-генерализованными судорожными приступами. Статус вторично-генерализованных судорожных приступов.

2. Больной Д., 57 лет, преподаватель, 8 лет назад перенес ЧМТ. В течение последних нескольких лет стал раздражительным, легко озлобляется, несдержан, снизилась память на прошлые и текущие события, перестал справляться с работой, с трудом подбирает нужное слово, не сразу понимает смысл некоторых вопросов. Определите синдром?

3. Больной В., 30 лет, с 17 лет страдает эпилепсией. Отмечались большие судорожные припадки с частотой 2 раза в месяц. Состоит на учете в ПНД, получал в качестве поддерживающей терапии бензонал по 2 таблетки в день. За последние 5 лет судорожных припадков не наблюдалось. На ЭЭГ: судорожная активность не выявлена. Ваш прогноз?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Этиология и патогенез эпилепсии.
2. Критерии постановки диагноза эпилепсии.
3. Классификация эпилепсии.
4. Генерализованные приступы. Виды, характеристика.
5. Характеристика простых и сложных парциальных приступов.
6. Изменения личности больных эпилепсией.
7. Эпилептические психозы. Классификация, клиника.
8. Принципы лечения эпилепсии, противоэпилептические средства, особенности их назначения.

9. Эпилептический статус, виды, терапия.
10. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
11. Понятие об эпилептической реакции и синдроме.
12. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.
13. Общие принципы терапии психических нарушений при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. К генерализованным приступам относятся:
 - а) абсансы
 - б) джексоновские припадки
 - в) вегетативный (диэнцефальный) припадок
 - г) ничего из перечисленного
2. К разновидностям пропульсивных приступов относятся все перечисленные, исключая:
 - а) кивки
 - б) салам-припадки
 - в) клевки
 - г) атонические
3. Какое эмоциональное расстройство чаще встречается при эпилепсии:
 - а) сензитивность
 - б) слабодушие
 - в) лабильность эмоций
 - г) эксплозивность
 - д) апатия
4. Для больных эпилепсией характерна:
 - а) вязкость, обстоятельность мышления
 - б) резонерство и разноплановость суждений
 - в) разорванность мышления
 - г) ускорение темпа мышления
5. Для тяжелой черепно-мозговой травмы характерно все перечисленное, кроме
 - а) сопора или комы продолжительностью несколько суток
 - б) мнестических нарушений (антероградной, ретроградной, фиксационной амнезии)
 - в) выраженных проявлений психоорганического синдрома, возникающих в остром периоде
 - г) обнубленияции, сохраняющейся до 1-2 часов после получения травмы
6. Для острого периода коммоции (сотрясения) головного мозга характерно все перечисленное, кроме
 - а) головокружения
 - б) тошноты, рвоты
 - в) вазомоторно-вегетативных расстройств
 - г) астении
 - д) локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)
7. Посттравматическая астения возникает
 - а) всегда после перенесенной черепно-мозговой травмы
 - б) только при коммоциях головного мозга
 - в) только при контузиях головного мозга
 - г) только при открытых черепно-мозговых травмах
8. Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) затяжного течения
 - б) возникновения в основном после тяжелых черепно-мозговых травм
 - в) возможности возникновения сразу после периода оглушения
 - г) возможности возникновения после сумеречного или делириозного состояния
 - д) большей стойкости после коммоций, чем после контузий

9. Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) дезориентировки во времени
 - б) неполной ориентировки в месте
 - в) возникновения конфабуляций и псевдореминесценций
 - г) постоянно помраченного сознания
 - д) лабильности аффекта
10. Симптомами эпидуральной гематомы при черепно-мозговой травме являются все перечисленные, кроме
- а) возникновения головной боли после "светлого" промежутка, следующего за черепно-мозговой травмой
 - б) рвоты
 - в) анизокории
 - г) возникновения психомоторного возбуждения

Решить ситуационные задачи:

1. Больной Д., 57 лет, преподаватель, 8 лет назад перенес ЧМТ. В течение последних нескольких лет стал раздражительным, легко озлобляется, несдержан, снизилась память на прошлые и текущие события, перестал справляться с работой, с трудом подбирает нужное слово, не сразу понимает смысл некоторых вопросов. Определите синдром?

2. Больной В., 30 лет, с 17 лет страдает эпилепсией. Отмечались большие судорожные припадки с частотой 2 раза в месяц. Состоит на учете в ПНД, получал в качестве поддерживающей терапии бензонал по 2 таблетки в день. За последние 5 лет судорожных припадков не наблюдалось. На ЭЭГ: судорожная активность не выявлена. Ваш прогноз?

3. Больная М., 22 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно. В 10 лет была сбита машиной, получила черепно-мозговую травму с потерей сознания, лечилась в стационаре. В возрасте 11 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. Обследовалась у невропатолога по месту жительства, рекомендован прием противосудорожных препаратов. На фоне нерегулярного приема противосудорожных препаратов возникла серия приступов, начинающихся с поворота головы вправо, в дальнейшем - потеря сознания, падение, генерализованные тонико-клонические судороги длительностью 5-8 минут. Между приступами сознание пациентки полностью не восстанавливалось. Предварительный диагноз?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

Тема 8: «Алкоголизм. Наркомании. Токсикомании»

Цель занятия: формирование умений по диагностике и лечению зависимостей от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ), алкогольных психозов.

Задачи:

1. способствовать закреплению теоретических знаний и формированию навыков по выявлению зависимостей от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и алкогольных и токсических психозов;
2. изучить клинику, течение, диагностику зависимостей от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и алкогольных и токсических психозов:

- в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения,
 - при использовании психологических методов исследования,
3. ознакомить с основными методами лечения зависимостей от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и алкогольных и токсических психозов.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:

- из общей психологии: психологические предпосылки формирования зависимостей; методы психологических исследований для выявления особенностей личности, способствующих формированию зависимостей (ПДО А.Е.Личко, тест Айзенка, Шмишека).
- из «введения в клиническую психологию»: симптомы зависимости и когнитивных нарушений.

2. После изучения темы:

- этиология, патогенез, клиника и терапия зависимостей от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и алкогольных и токсических психозов;
- проведение психолого-социальной реабилитации при алкоголизме, наркомании, токсикомании.

Студент должен уметь:

- выявлять психические нарушения, встречающиеся при зависимостях от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и алкогольных и токсических психозах;
- применять методики для выявления нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, интеллекта и личности при зависимостях от ПАВ.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать психические, встречающиеся при зависимостях от ПАВ в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Вводный контроль.

Тест.

1. В динамике алкоголизма формирование абстинентного синдрома происходит на этапе:
 - а) систематического употребления алкоголя
 - б) в I стадии заболевания
 - в) при переходе во II стадию
 - г) во II стадии заболевания
2. В структуре формирующегося алкогольного абстинентного синдрома преобладает группа расстройств:
 - а) психических
 - б) вегетативно-астенических
 - в) психоорганических
 - г) неврологических
3. Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме:
 - а) выраженного гипергидроза
 - б) генерализованного тремора
 - в) тревожно-параноидной установки
 - г) гипертензии, болей в сердце
 - д) менингеальных симптомов
4. Боли в крупных суставах и желудке в структуре абстинентного синдрома характерны для хронической интоксикации:
 - а) алкоголем
 - б) кокаином
 - в) препаратами конопли
 - г) барбитуратами

5. Для купирования алкогольного абстинентного синдрома целесообразно назначение всех перечисленных лекарственных средств, кроме:

- а) тиосульфата натрия
- б) витаминов (группы В)
- в) магния сульфата
- г) ноотропила
- д) уротропина

6. Изменения личности при алкоголизме обусловлены:

- а) токсическим действием алкоголя и его метаболитов
- б) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
- в) психореактивными моментами
- г) всем перечисленным

7. Алкогольная деградация включает в себя все перечисленное, за исключением:

- а) стойких изменений памяти и интеллекта
- б) игнорирования этических норм
- в) расстройства мышления в виде разорванности
- г) психопатоподобных проявлений
- д) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию

8. Опиаты употребляют

- а) внутрь
- б) под кожу, внутривенно
- в) в виде курения, ингаляций
- г) всеми перечисленными способами

9. В состоянии острой интоксикации опиатами наблюдается все перечисленное, кроме

- а) гипотермии и гипотензии
- б) подавления кашлевого рефлекса
- в) повышения устойчивости к боли
- г) урежения сердечного ритма и угнетения дыхания
- д) повышения моторной активности кишечника

10. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через

- а) 10 часов
- б) 20 часов
- в) 36 часов
- г) 72 часов

2. Беседа по теме занятия.

1. Причины формирования зависимостей от ПАВ.

2. Определение и современные представления об этиопатогенезе алкогольной зависимости.

3. Степени алкогольного опьянения, их характеристика.

4. Основные синдромы, характерные для алкогольной зависимости.

5. Стадии алкогольной зависимости, клиника, диагностика.

6. Основные принципы лечения алкогольной зависимости (этапы терапии, психотерапия, медикаментозное лечение).

7. Острые и хронические алкогольные психозы, виды.

8. Основные принципы терапии алкогольных психозов.

9. Основные виды наркотической зависимости.

10. Курительные смеси, клиника опьянения, особенности формирования зависимости, терапия.

11. Стадии наркотической зависимости.

12. Виды токсикоманий.

13. Клинические характеристики токсикомании летучими веществами.

14. Основные принципы лечения зависимостей от ПАВ.

3. Практическая работа Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных с различными стадиями зависимостей от ПАВ (алкоголя, наркотиков и токсических веществ), с алкогольными психозами и

выявление особенностей клинической картины при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза зависимости от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических веществ) с учетом стадии и сопутствующих синдромов, разработка индивидуальной психолого-социальной реабилитационной программы.

5. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Пример задачи.

1. Больная П., 67 лет, пенсионерка. В детстве росла и развивалась без особенностей, образование 4 класса, работала в сельском хозяйстве. Была замужем, от брака имеет 2 детей. Муж умер несколько лет назад. В последнее время проживает одна, ведет домашнее хозяйство. Алкоголь употребляет эпизодически, запои отрицает, признаков физической и психической зависимости от алкоголя нет. Обвиняется в нанесении ножевых ранений своему 8-летнему внуку. В связи с сомнениями в психической полноценности направлена на судебно-психиатрическую экспертизу.

О содеянном сообщила: утром к ней в гости приехал сын с внуком, через некоторое время сын уехал, оставив внука с бабушкой. В течение дня П. работала по дому, вечером, устав, решила выпить «с устатку», достала распечатанную бутылку водки, выпила около 100 грамм, через 15 минут еще 100 грамм. После принятия спиртного неожиданно увидела в доме «страшного карлика», очень испугалась, побежала к соседке. Что было дальше, не помнит, вспоминает себя уже в своем доме в окружении сотрудников милиции.

Из материалов уголовного дела известно, что после распития водки П. неожиданно схватила кухонный нож, лежащий на столе и нанесла им два удара по голове своему внуку, после чего бросила нож и выбежала на улицу. Соседка рассказала, что П. прибежала к ней очень испуганная, говорила, что в доме «карлик», что-то невнятно бормотала, просила идти с ней. Выйдя на улицу, П. упала и самостоятельно идти уже не могла.

Психическое состояние на момент обследования: сознание ясное. Ориентирована в полном объеме. Бреда, галлюцинаций нет. Настроение снижено, переживает из-за случившегося, не понимает, как такое могло произойти. О событиях правонарушения сохранились отрывочные воспоминания. Не помнит, наносила она кому-либо удары ножом или нет.

Поставьте диагноз и обоснуйте его.

Алгоритм решения задачи:

Диагноз: патологическое алкогольное опьянение.

Об этом свидетельствует кратковременное сумеречное помрачение сознания, возникшее на фоне физического переутомления после принятия небольших доз алкоголя с последующей астенией, фрагментарными воспоминаниями о болезненном состоянии. Поведение определялось погруженностью в узкий круг болезненных переживаний, преимущественно иллюзорно-галлюцинаторного характера. Агрессивные действия носили защитно-оборонительный характер.

2. Больной доставлен в приемный покой скорой помощью. Контакту малодоступен, озирается, разговаривает в пустоту, резко вскочил, пытался бежать, размахивал руками, затем стряхивал с себя каких-то насекомых и давил их ногами, вытаскивал изо рта как будто волосы, нецензурно бранился. Дезориентирован в месте и времени, но правильно назвал свое имя. Со слов сопровождающих больной в течение 2 недель пил, а последние 3 дня не пьет. Поставьте диагноз.

3. Больной К., 20 лет. Со слов матери последнее время стал поздно приходить домой, увеличились звонки от незнакомых людей, стал раздражительным, скрытным. В клинику поступил беспокойным тревожным с жалобами на сильный боли в мышцах и суставах. При осмотре: повышенная потливость кожных покровов, слезотечение, тахипное, тахикардия, повышение АД, диарея. Диагноз и необходимые обследования?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Причины формирования зависимостей от ПАВ.
2. Определение и современные представления об этиопатогенезе алкогольной зависимости.
3. Степени алкогольного опьянения, их характеристика.
4. Основные синдромы, характерные для алкогольной зависимости.
5. Стадии алкогольной зависимости, клиника, диагностика.
6. Основные принципы лечения алкогольной зависимости (этапы терапии, психотерапия, медикаментозное лечение).
7. Острые и хронические алкогольные психозы, виды.
8. Основные принципы терапии алкогольных психозов.
9. Основные виды наркотической зависимости.
10. Курительные смеси, клиника опьянения, особенности формирования зависимости, терапия.
11. Стадии наркотической зависимости.
12. Виды токсикоманий.
13. Клинические характеристики токсикомании летучими веществами.
14. Основные принципы лечения зависимостей от ПАВ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Для синдрома физической зависимости при алкоголизме характерно все перечисленное, кроме
 - а) интенсивного влечения к опохмелению
 - б) употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса
 - в) желаний вернуть "привычную работоспособность"
 - г) стремления снять аффективную напряженность
 - д) употребления алкоголя с целью устранения психотических расстройств (влечение к алкоголю в состоянии похмелья)
2. В динамике алкоголизма формирование абстинентного синдрома происходит на этапе
 - а) систематического употребления алкоголя
 - б) в I стадии заболевания
 - в) при переходе во II стадию
 - г) во II стадии заболевания
3. Для судорожных припадков в структуре алкогольного абстинентного синдрома, в отличие от эпилепсии, характерно все перечисленное, кроме
 - а) преобладания тонической фазы в картине припадка
 - б) стереотипности припадков
 - в) развития психомоторного возбуждения после припадка
 - г) отсутствия на ЭЭГ характерных для эпилепсии изменения
4. Изменения личности при алкоголизме обусловлены
 - а) токсическим действием алкоголя и его метаболитов
 - б) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
 - в) психореактивными моментами
 - г) всем перечисленным
5. Соматоневрологическая патология при хронической интоксикации алкоголем обусловлена всем перечисленным, кроме
 - а) преморбидного состояния органов и систем индивидуума
 - б) гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов
 - в) ферментных нарушений в тканях
 - г) нарушения обмена ацетилхолина
 - д) нарушения обмена катехоламинов
6. Для соматических расстройств во II стадии заболевания характерно
 - а) стабильность
 - б) обратимость

- в) неспецифичность
 - г) отсутствие всего перечисленного
7. Выделяют все перечисленные формы алкогольного делирия, кроме
- а) классического
 - б) легкого
 - в) редуцированного
 - г) смешанного (атипичного)
 - д) тяжелого
8. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии
- а) медицинский
 - б) социальный
 - в) юридический
 - г) все перечисленным
9. Термин "наркотик" применим
- а) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
 - б) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
 - в) и к тем, и к другим
 - г) ни к тем, ни к другим
10. В настоящее время для наркоманий характерны все перечисленные тенденции, исключая
- а) появление новых форм наркотиков, смену их
 - б) склонность к комбинированному приему наркотиков
 - в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками
 - г) преимущественное употребление средств растительного происхождения
 - д) появление новых путей введения наркотиков

Решить ситуационные задачи:

1. Больной Л., 54 года, по специальности токарь, многие годы злоупотребляет алкоголем. В последние 3 года отмечает, что для опьянения необходимо 200-300 мл вина, хотя ранее мог выпить до 1,5 л водки, утрату профессиональных навыков. При осмотре: деградация личности, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение. Год назад лечился в хирургии по поводу пищеводного кровотечения. Определите стадию алкоголизма.

2. Больной доставлен в приемный покой скорой помощью. Контакту малодоступен, озирается, разговаривает в пустоту, резко вскочил, пытался бежать, размахивал руками, затем стряхивал с себя каких-то насекомых и давил их ногами, вытаскивал изо рта как будто волосы, нецензурно бранился. Дезориентирован в месте и времени, но правильно назвал свое имя. Со слов сопровождающих больной в течение 2 недель пил, а последние 3 дня не пьет. Поставьте диагноз.

3. Больной К., 20 лет. Со слов матери последнее время стал поздно приходить домой, увеличились звонки от незнакомых людей, стал раздражительным, скрытным. В клинику поступил беспокойным тревожным с жалобами на сильный боли в мышцах и суставах. При осмотре: повышенная потливость кожных покровов, слезотечение, тахипное, тахикардия, повышение АД, диарея. Диагноз и необходимые обследования?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009.

2. Алкоголизм: клиника, диагностика, терапия: учебное пособие/ В.И. Багаев, М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров – Киров, КГМА, 2007.

3. Наркомании, токсикомании. Учебное пособие / сост.: Злоказова М.В., Безгодова А.А., Шубина И.И., Семакина Н.В. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2016 г. – 114с.

Тема 9: «Личностные расстройства»

Цель занятия: формирование знаний и умений по выявлению акцентуаций характера и личностных расстройств.

Задачи:

1. Закрепление теоретических знаний по психической индивидуальности, акцентуациям характера, по этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике и терапии личностных расстройств:
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования;
2. Ознакомить с методами медицинской и социально-психологической реабилитации при личностных расстройствах;
3. Изучить акцентуации характера по А.Е. Личко, ознакомить с экспериментально-психологическими методами диагностики.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: структура личности, методы психологических исследований для выявления акцентуаций характера и личностных расстройств;
 - из «введения в клиническую психологию»: варианты личностной патологии, реакция личности на стрессовые события.
2. После изучения темы:
 - акцентуации характера, их типы, признаки, классификацию
 - этиология, патогенез, клиника и терапия акцентуаций характера и личностных расстройств;
 - проведение комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации при различных личностных расстройствах.

Студент должен уметь:

- выявлять признаки акцентуаций характера
- выявлять признаки личностных расстройств в ходе беседы, наблюдения, изучения анамнестических данных, анализа данных параклинических исследований;
- проводить экспериментально-психологическое исследование для выявления личностных расстройств и акцентуаций характер

Студент должен владеть навыками:

- выявлять и квалифицировать акцентуации характера, признаки личностных расстройств в ходе беседы, при помощи наблюдения и использования психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. Для личностных расстройств характерно
 - а) стойкие аномалии личности
 - б) дисгармония эмоционально-волевой сферы
 - в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
 - г) снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов
2. Признаками гипертимной личности являются все перечисленные, кроме
 - а) все принимается "в розовых тонах"
 - б) серьезной этической позиции
 - в) неспособности к серьезному глубокому состраданию
 - г) беззаботного отношения к жизни, гедонизму, поиску удовольствий
 - д) преобладания низших влечений (их повышенности и бесконтрольности)
3. Признаками гипертимной личности являются все перечисленные, кроме
 - а) наличия аффективной лабильности
 - б) постоянно повышенного настроения

- в) безудержного оптимизма
- г) общительности, говорливости, подвижности, оживленности
- д) приподнятости и беззаботности, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций
- 4. Признаками эмоционально-неустойчивого расстройства личности являются
 - а) тяжелое реагирование на психические травмы
 - б) отсутствие устойчивых мотивов поведения, побуждений, интересов и стремлений
 - в) недостаточность волевых задержек, внушаемость, пассивная подчиняемость
 - г) ригидность, склонность к фиксации на определённых идеях и представлениях
- 5. Признаками гипотимной личности являются все перечисленные, кроме
 - а) замедленности реакций
 - б) постоянного ощущения внутреннего дискомфорта
 - в) аутизма
 - г) медлительности, неповоротливости
 - д) способности к глубокому сопереживанию
- 6. К основным признакам психастении относятся все перечисленные, кроме
 - а) лживости, псевдологии
 - б) общеастенических черт (раздражительной слабости, ранимости, чувства неполноценности)
 - в) выраженной нерешительности, неуверенности в себе, склонности к сомнениям
 - г) застенчивости, робости, конфузливости
 - д) малой активности, плохой приспособленности к жизни
- 7. Особенности психастении проявляются всем перечисленным, кроме
 - а) склонности к сомнениям и болезненному мудрствованию
 - б) преобладания конкретного, чувственного восприятия над абстрактным
 - в) недостаточного чувства реальности и полноты жизни
 - г) отсутствия живости, яркости восприятия окружающего
 - д) стремления к самоанализу
- 8. К личностным тестам НЕ относится:
 - а) опросник ММРІ
 - б) тест Равена
 - в) опросник ПДО
 - г) шкала самооценки Спилбергера-Ханина
- 9. Акцентуация характера – это
 - а) высокая степень выраженности отдельных черт характера, представляющая крайний вариант нормы
 - б) синоним патохарактерологического развития личности, при котором происходит заострение отдельных черт характера вследствие неблагоприятных условий воспитания
 - в) аномалия личности, соответствующая критериям МКБ-10
 - г) синоним расстройства личности
- 10. В понятии об акцентуированных личностях верно все перечисленное, кроме
 - а) утративания определенных черт характера, не доходящих до степени уродства, как при психопатии
 - б) выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
 - в) черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
 - г) подразделения на явную и скрытую степень акцентуации

Беседа по теме занятия.

1. 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.
2. Темперамент, типы, их характеристика.
3. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера.
4. Личность. Уровень зрелости личности.
5. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко. Влияние акцентуации характера на течение соматических заболеваний.
6. Диагностика акцентуаций характера по методике ПДО и ММРІ.

7. Понятие о личностных расстройствах.
8. Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову.
9. Классификация личностных расстройств по МКБ-10,
10. Клиника, дифференциальная диагностика терапия личностных расстройств.

Практическая работа Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя:

- проведение теста Айзенка для выявления типа темперамента у студентов, применение методики Леонгарда для определения акцентуации характера личности;
- курация больных с различными расстройствами личности, выявление типа расстройства личности при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования, использования экспериментально-психологических методик;
- постановка диагноза расстройства личности, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Проанализировать особенности возникновения заболевания.
3. Обозначить общие принципы терапии и реабилитации.

Пример задачи.

1. Больная М., 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 убегать 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, несдержанна, 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 частые конфликты, драки. Развод объясняла тем, что ей изменяли, оскорбляли, били.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Бред, обманов восприятия нет. Мышление логическое. Настроение неустойчивое, раздражительна. 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. Сформулируйте диагноз, проанализируйте особенности возникновения заболевания, общие принципы терапии.

Алгоритм решения задачи.

Диагноз: истерическое расстройство личности.

При анализе данного случая обращает на себя наследственная отягощенность по линии отца (злобен, драчлив, закончил жизнь самоубийством). У больной уже с раннего детства отмечались сначала невротоподобные расстройства (пугливость, плаксивость, ночное недержание мочи), а затем аномальные личностные особенности в виде агрессивности, вспыльчивости. Наличие патологических личностных особенностей с

раннего детства в сочетании с отягощенной наследственностью позволяют отнести данный случай к «ядерным» формам психопатии.

К возрасту 12-13 лет преобладали черты повышенной возбудимости, которые были малодифференцированными и проявлялись несдержанностью, конфликтностью. Основная психопатическая структура сформировалась к 17 годам с появлением истерических особенностей личности. В последующем реакции больной определялись сочетанием возбудимых и истерических черт с преобладанием последних (театральность, изменчивость настроения, преувеличенная выраженность эмоций, эгоцентричность, манипулятивное поведение, функциональные соматовегетативные расстройства). Данная личностная аномалия привела к социальной дезадаптации больной, что проявлялось в частых сменах работы, неустроенности семейной жизни, нарушением взаимоотношения с окружающими.

Таким образом, стойкость и тотальность патологических черт личности привели к нарушению социальной адаптации, что указывает на наличие расстройства личности, в данном случае, на истерическую психопатию.

Терапия: при декомпенсации психического состояния – прием нейролептиков с седативным действием (сонапакс, неупелтил, хлорпротиксен). Необходимо проведение сначала индивидуальной психотерапии, направленной на обучение навыкам по снижению возбудимости (аутогенная тренировка, поведенческая терапия), в дальнейшем – семейная и групповая психотерапия.

2. Больной Р., 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 переменял 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. Ваш предварительный диагноз?

3. Больной Т., 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.

Предварительный диагноз?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. История учения о расстройствах личности.
2. Определение и критерии расстройства личности.
3. Этиопатогенез расстройств личности.
4. Понимание расстройства личности в МКБ-10.
5. Клиническое описание основных типов расстройств личности.
6. Параноидное расстройство личности.
7. Шизоидное расстройство личности.
8. Диссоциальное расстройство личности.
9. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.
10. Истерическое расстройство личности.

11. Психастеническая психопатия.
12. Зависимое расстройство личности.
13. Диагностика расстройств личности.
14. Дифференциальная диагностика.
15. Критерии оценки годности граждан к военной службе. Судебно-психиатрическая экспертиза.
16. Общие принципы лечения и профилактики.
17. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко.
18. Диагностика акцентуаций характера по методике ПДО и ММРІ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Для психопатий характерно
 - а) стойкие аномалии личности
 - б) дисгармония эмоционально-волевой сферы
 - в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
2. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются
 - а) тотальность характерологических нарушений
 - б) стойкость характерологических нарушений
 - в) выраженность до степени изменения социальной адаптации
 - г) все перечисленные
 - д) ни один из перечисленных
3. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме
 - а) наличия аффективной лабильности
 - б) постоянно повышенного настроения
 - в) безудержного оптимизма
 - г) общительности, говорливости, подвижности, оживленности
 - д) приподнятости и беззаботности, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций
4. Истерическая психопатия характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) стремления казаться в собственном мнении и в глазах окружающих значительной личностью
 - б) стремления к оригинальности
 - в) тенденции к самоанализу
 - г) демонстрации превосходства
 - д) страстного поиска и жажды признания у окружающих
5. Главными особенностями шизоидной психопатии являются
 - а) аутизм
 - б) сочетание противоречивых черт в личности и поведении
 - в) своеобразии увлечений и интересов
 - г) все перечисленные
 - д) верно б) и в)
6. Особенности паранойяльной психопатии являются
 - а) малая пластичность психики
 - б) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
 - в) настойчивость, перерастающая в упрямство
 - г) повышенная самооценка, эгоцентризм, повышенное чувство собственного достоинства
 - д) все перечисленные
7. Основными чертами возбудимой психопатии являются все перечисленные, исключая
 - а) постепенное напряжение с крайней раздражительностью
 - б) приступы ярости при несоответствии силы реакции силе раздражителя
 - в) склонность к самоанализу
 - г) повышенную требовательность к окружающим
 - д) нежелание считаться с мнением окружающих
8. Основные свойства неустойчивого (безвольного) типа психопатии включают
 - а) повышенную подчиняемость внешним влияниям
 - б) слабовольность, внушаемость, податливость

- в) легкость попадания под влияние среды, особенно дурной
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
9. Понятие о сочетанных типах психопатии исходит из того, что
- а) чистые психопатические группы встречаются крайне редко
 - б) гораздо чаще можно отметить сочетание ряда радикалов в личности
 - в) во многих видах психопатии имеется тенденция либо к экспансивному, либо к сензитивному полюсу
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
10. В понятии об акцентуированных личностях верно все перечисленное, кроме
- а) утрирования определенных черт характера, не доходящих до степени уродства, как при психопатии
 - б) выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
 - в) черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
 - г) подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
 - д) парциальности, а не тотальности охваченности личности

Решить ситуационные задачи:

1. Больной Р., 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 переменял 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. Предварительный диагноз?

2. Больной Т., 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. Предварительный диагноз?

3. Больная М., 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 убегать 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, несдержанна, 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 частые 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, раздражительна. 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.
Предварительный диагноз?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

4. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

Тема 10: «Психогенные заболевания. Реактивные психозы. Невротические расстройства. Посттравматическое стрессовое расстройство»

Цель занятия: формирование знаний по проблеме и умений по выявлению реактивных состояний, невротических расстройств, посттравматического стрессового расстройства.

Задачи:

1. рассмотреть и изучить вопросы этиопатогенеза, клинические проявления, дифференциальную диагностику и терапию невротических расстройств, реактивных состояний, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
2. обучить практическим навыкам диагностики и общим принципам лечения психогенных расстройств:
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: понятие о личности, способах реагирования, реакция личности на стрессовые события;
 - из «введения в клиническую психологию»: основные виды психогенных заболеваний, причины и факторы различных психогенных заболеваний.
2. После изучения темы:
 - этиопатогенез невротических расстройств, реактивных психозов, ПТСР;
 - клинические проявления невротических расстройств, реактивных психозов, ПТСР, вопросы дифференциальной диагностики и общие принципы лечения.

Студент должен уметь:

- выявлять признаки невротических расстройств, реактивных состояний и ПТСР в ходе беседы, наблюдения, изучения анамнестических данных, анализа данных параклинических исследований;
- проводить клинико-психологическое исследование для выявления симптомов невротических расстройств, реактивных состояний и ПТСР.

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать проявления невротических расстройств, реактивных психозов, ПТСР в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Вводный контроль.

Тест.

1. Реактивные состояния не являются

- а) патологической реакцией психотического уровня на психические травмы или стрессовые ситуации
 - б) проявления болезни непосредственно вытекают из содержания психотравмы, между ними имеются психологически понятные связи
 - в) следствием конституциональных особенностей личности
 - г) патологической реакцией, протекающей хронически и необратимо
2. Основными характерными свойствами реактивных состояний является все перечисленное, кроме
- а) временного и обратимого характера
 - б) принадлежности к психогенным расстройствам
 - в) нозологической общности с неврозами
 - г) развития до воздействия психической травмы
3. Расстройство самовосприятия, при котором собственные действия и мысли воспринимаются как бы со стороны и сопровождаются ощущением невозможности управлять ими, это
- а) деперсонализация
 - б) дереализация
 - в) деменция
 - г) амнезия
4. Состояние, при котором пациент жалуется на повышенную раздражительность, утомляемость, плаксивость, утрату способности к длительному умственному и физическому напряжению - это
- а) неврастения
 - б) депрессия
 - в) апатия
 - г) аменция
5. Для клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) не характерны
- а) наплывы навязчивых воспоминаний о пережитой катастрофе, войне, стихийном бедствии
 - б) мучающие сновидения с кошмарными сценами пережитого
 - в) расстройства адаптации, суицидальные мысли, агрессивное и деструктивное поведение
 - г) наплывы зрительных и вербальных галлюцинаций
6. К факторам, способствующим развитию реактивных психозов относят все, кроме
- а) переутомления, постоянного напряжения
 - б) сопутствующих соматических заболеваний
 - в) недостатка сна, интоксикации (в том числе алкоголизацию)
 - г) отсутствия высшего профессионального образования
7. Полная обездвиженность в позе "кучера" с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение - это
- а) депрессивный ступор
 - б) псевдодеменция
 - в) пуэрилизм
 - г) реактивный параноид
8. Повторяющиеся приступы страха или ужаса, развивающиеся спонтанно или в обстановке и ситуациях, при которых они возникали ранее, характерны для
- а) панического расстройства
 - б) диссоциативного расстройства
 - в) обсессивно-компульсивного расстройства
 - г) ипохондрического расстройства
9. Реактивные бредовые психозы - это все, кроме
- а) психозов в условиях тюремной изоляции
 - б) железнодорожных параноидов
 - в) параноидов военного времени
 - г) психоза Гейне-Вернике
10. При дисфорических психогенных депрессиях настроение НЕ характеризуется
- а) подавленностью, тоскливостью

- б) раздражением, угрюмостью, гневливостью
- в) тревожностью, напряжением, страхом
- г) беспечностью

2. Беседа по теме занятия.

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. Сомато-неврологические симптомы диссоциативных расстройств.
8. Признаки невротического развития личности.
9. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, виды, терапия.
10. Терапия невротических расстройств.
11. Классификация реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).
12. Клинические проявления аффективно-шоковых реакций.
13. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз от эндогенной депрессии.
14. Клинические проявления реактивных истерических психозов.
15. Клиника реактивного параноида, дифференциальная диагностика с параноидной формой шизофрении
16. Общие принципы терапии реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).

3. Практическая работа Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных с различными невротическими расстройствами, реактивными психозами и выявление симптомов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза невротических расстройств, реактивных психозов и сопутствующих синдромов, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Выделить основные психопатологические синдромы;
2. Сформулировать предварительный диагноз.

Пример задачи.

1. Больной Ш., 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, раздражают музыка, громкие разговоры, яркий свет.

Выделите основные синдромы, сформулируйте предварительный диагноз. Методы психотерапии?

Алгоритм решения задачи.

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) Данные 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 неврастения.

Предварительный диагноз: неврастения, гипостеническая фаза.

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.

2. Директор крупного предприятия после проверки прокуратуры стал испытывать страх, снизилось настроение, перестал спать, ждал, когда за ним придут органы милиции. Совершил суицидальную попытку. Ваш предварительный диагноз и тактика?

3. Больной И., 52 г., воевал в Афганистане, Чечне. С товарищами по подразделению неоднократно попадали под ожесточенный обстрел. На глазах у больного лучший друг погиб от разорвавшейся гранаты. Тяжело переживал утрату. После возвращения стал раздражительным, легко аффектировался на любую мелочь. нарушился сон, отмечаются сжимающие головные боли, колебание АД, снизилось настроение. Работоспособность сильно снизилась. Постоянно переживал события, произошедшие на войне. Отгородился от близких и родственников, старался избегать ситуаций, связанных с военными действиями. Ваш диагноз и прогноз?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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. Психогенные расстройства, классификация.
2. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
3. Классификация невротических расстройств.
4. Клиническая картина неврастения.
5. Клинические проявления обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройств, панических атак.
6. Клиника диссоциативных расстройств.
7. Сомато-неврологические симптомы диссоциативных расстройств.
8. Признаки невротического развития личности.
9. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, виды, терапия.
10. Терапия невротических расстройств.
11. Классификация реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).
12. Клинические проявления аффективно-шоковых реакций.
13. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз от эндогенной депрессии.
14. Клинические проявления реактивных истерических психозов.
15. Клиника реактивного параноида, дифференциальная диагностика с параноидной формой шизофрении
16. Общие принципы терапии реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Страхи различного содержания (страх животного, сказочных персонажей, бандитов, страх болезни и смерти) на фоне общей боязливости, тревожности, недоверчивости, замкнутости характерны
 - а) для невроза страха
 - б) для шизофрении
 - в) для неврозоподобных страхов при соматическом заболевании
 - г) для неврозоподобных страхов при органическом поражении головного мозга
2. Основными характерными свойствами реактивных состояний являются
 - а) временный и обратимый характер
 - б) принадлежность к психогенным расстройствам
 - в) нозологическая общность с неврозами
 - г) все перечисленные
 - д) ничего из перечисленного
3. Реактивные состояния являются
 - а) патологической реакцией психотического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации
 - б) развитие их зависит от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста
 - в) верно и то, и другое
 - г) неверно и то, и другое
4. Разновидностями гиперкинетического возбуждения являются
 - а) психомоторное возбуждение с явлениями страха
 - б) возбуждение с преобладанием злобы и агрессии
 - в) возбуждение с психогенной речевой спутанностью
 - г) все перечисленные
 - д) верно а) и в)
5. Депрессивные реактивные психозы
 - а) наиболее часто встречающиеся проявления реактивных состояний
 - б) депрессия может колебаться от незначительно выраженной подавленности до состояний, характеризующихся гнетущей безысходной тоской
 - в) депрессивные реактивные синдромы отличаются клиническим полиморфизмом и неоднородностью
 - г) верно б) и в)
 - д) верно все перечисленное
6. Лечение психогенных реакций и психозов
 - а) включает широкий круг психотерапевтических и социальных мероприятий, психотропных и других лекарственных средств, физио- и трудотерапию
 - б) терапевтическая практика определяется остротой и особенностями клинической картины психогении
 - в) учитывает склад личности, характер психической травмы и механизмы возникновения реактивного состояния
 - г) учитывает все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
7. Среди этиологических факторов биологической природы при неврозах различают
 - а) особенности наследственности и конституции
 - б) отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери и другие натальные вредности
 - в) перенесенные заболевания как сенсбилизатор, усиливающий действие психотравм
 - г) все перечисленные
 - д) ни один из перечисленных
8. Невротический фобический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а) сложного, психологически непонятного характера ритуалов
 - б) наличия четкой фабулы
 - в) обострения в ситуациях
 - г) четкой критики выраженного компонента борьбы

д) преобладания различных фобий к страху смерти, перемещения в пространстве, страху заболевания

9. Нервная анорексия - это

а) патологическое состояние, возникающее в подростковом возрасте

б) состояние, проявляющееся в сознательном упорном ограничении приема пищи вплоть до отказа с целью похудения

в) девушки заболевают чаще мужчин

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

10. Невротические нарушения сна проявляются всем перечисленным, кроме

а) нарушения засыпания (пресомнической стадии)

б) неглубокого сна с пробуждением

в) укорочения сна из-за раннего пробуждения

г) диссомнии

д) ощущения сделанного сна

Решить ситуационные задачи:

1. Больная П., 13 лет. Занималась в группе фигурного катания на коньках. Слышала от спортсменов, что если они прекращают напряженные тренировки, то начинают «жиреть». В этой связи после завершения учебного года в секции стала ограничивать себя в еде, вначале путем волевого усилия и угнетения пищевого влечения; позднее чувство голода уже не возникало и, более того, прием пищи вызывал чувство дискомфорта, переполнения желудка, дурноты, что становилось дополнительным стимулом для воздержания от приема пищи. Испытывала отвращение неприязнь к еде. Стойко сопротивлялась уговорам близких.

Объективно: резко истощена. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Зрачки расширены. Артериальная гипотензия. Истощение II. Степени. Голос тихий. Контакт недостаточен. Напряжена, озлоблена. Недоброжелательно относится к родителям, к тренеру, категорически отказывается от еды. Предварительный диагноз? Примерный план лечения?

2. Директор крупного предприятия после проверки прокуратуры стал испытывать страх, снизилось настроение, перестал спать, ждал, когда за ним придут органы милиции. Совершил суицидальную попытку. Ваш предварительный диагноз и тактика?

3. Больная И., 32 г., тяжело пережила смерть отца, нарушился сон, отмечаются сжимающие головные боли, колебание АД, снизилось настроение, стала раздражительной, обидчивой, плаксивой. Работоспособность несколько снизилась. Ваш диагноз и прогноз?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина М. Психиатрия и наркология: учебник для вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа». 2009г.

Дополнительная литература:

1. Психиатрия: Национальное руководство / Краснов В.В., Дмитриева Т.Б., Незнанов Н.Г. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009

Тема 11: «Умственная отсталость. Задержка психического развития. Психические расстройства при органическом поражении головного мозга (болезнь Альцгеймера, Пика и др.)»

Цель занятия: закрепление теоретических знаний, формирование умений по выявлению умственной отсталости, ЗПР и проведению комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации; формирование умений по выявлению и диагностике психических нарушений при сосудистых поражениях головного мозга, заболеваниях позднего возраста и атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера и Пика).

Задачи:

1. закрепить теоретических знаний по этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике и общим принципам терапии умственной отсталости.
2. ознакомить с методами лечебной и учебно-трудовой реабилитации при умственной отсталости.
3. обучить методам и методикам оценки степени умственной отсталости.
4. закрепить теоретических знаний по этиологии, патогенезу, клинике, дифференциальной диагностике и терапии ЗПР.
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.
5. рассмотреть особенности клиники и диагностики психических заболеваний позднего возраста;
6. изучить особенности клинической картины психических расстройств при сосудистых заболеваниях;
7. ознакомить с принципами проведения лечебных и реабилитационных мероприятий психических нарушениях при сосудистых поражениях головного мозга и заболеваниях позднего возраста, атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера и Пика):
 - в ходе беседы,
 - при помощи наблюдения
 - при использовании психологических методов исследования.

Студент должен знать:

1. До изучения темы:
 - из общей психологии: понятие об интеллекте, методы исследования памяти, внимания, методы психологических исследований для выявления умственной отсталости и ЗПР (тест Векслера, Равена).
 - из "введения в клиническую психологию": симптомы нарушений восприятия, мышления, памяти, внимания, снижения интеллекта, эмоционально-волевые расстройства;
 - из неврологии: этиопатогенез, клиника и терапия сосудистых, атеросклеротических и атрофических поражений головного мозга.
2. После изучения темы:
 - этиология, патогенез, клиника и терапия умственной отсталости;
 - проведение комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации при умственной отсталости различной степени.
 - этиология, патогенез, клиника и терапия ЗПР.
 - этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и общие принципы терапии психических нарушений при сосудистых поражениях головного мозга и заболеваниях позднего возраста, атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера и Пика).

Студент должен уметь:

- выявлять признаки умственной отсталости и ЗПР в ходе беседы, наблюдения, изучения анамнестических данных, анализа данных параклинических исследований;
- проводить клинико-психологическое исследование для выявления умственной отсталости и ЗПР.
- выявлять психические нарушения при сосудистых расстройствах и заболеваниях позднего возраста, атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера и Пика).
- выявлять симптомы психических заболеваний позднего возраста при беседе, наблюдении;
- проводить комплексную психолого-педагогическую реабилитацию при умственной отсталости и ЗПР, а также при психических нарушениях при сосудистых расстройствах и заболеваниях позднего возраста, атрофических заболеваниях головного мозга

Студент должен владеть навыками:

- умением выявлять и квалифицировать признаки умственной отсталости и ЗПР в ходе беседы, при помощи наблюдения и использования психологических методов исследования;
- умением выявлять и квалифицировать психические нарушения при сосудистых расстройствах и заболеваниях позднего возраста, атрофических заболеваниях головного мозга (болезнь Альцгеймера и Пика) в ходе беседы, при помощи наблюдения и при использовании психологических методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Вводный контроль.

Тест.

1. К умственной отсталости относят
 - а) только врожденное снижение интеллекта
 - б) приобретенное снижение интеллекта с полным распадом психической деятельности
 - в) только рано приобретенное снижение интеллекта без признаков распада психической деятельности
 - г) врожденное и рано приобретенное снижение интеллекта с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта
 - д) приобретенное в различные сроки жизни снижение интеллекта с преимущественным поражением интеллектуальной сферы
2. При умственной отсталости возможно все перечисленное, кроме
 - а) признаков прогрессивности
 - б) эволютивной динамики
 - в) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов
 - г) периодов компенсации
 - д) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов
3. К этиологическим факторам умственной отсталости относят все перечисленные, кроме
 - а) наследственных факторов
 - б) внутриутробных факторов
 - в) перинатальных факторов
 - г) факторов, действовавших в течение первых 3 лет жизни
 - д) факторов, действовавших в старшем возрасте (ЧМТ, инфекции)
4. Характерными клиническими проявлениями умственной отсталости не являются
 - а) слабость абстрактного мышления
 - б) слабость целенаправленного внимания
 - в) недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании
 - г) медленное начало заболевания с неуклонным прогрессирующим характером течения
5. Для речи больных с умственной отсталостью характерны все перечисленные особенности, исключая
 - а) маловыразительность, односложность
 - б) неправильное смысловое употребление слов
 - в) употребление "неологизмов"
 - г) дизартрия
 - д) аграмматичность построения фраз
6. При атрофических процессах головного мозга не характерно
 - а) медленное начало заболевания с неуклонным прогрессирующим характером течения
 - б) обязательный летальный исход от основного заболевания
 - в) во всех случаях грубо страдают инструментальные функции интеллекта
 - г) избирательное поражение когнитивных функций
7. Для парциальной (атеросклеротической) деменции характерно все, кроме
 - а) неравномерности психических нарушений (с преобладанием мнестических)
 - б) сохранности "ядра личности"
 - в) критического осознания имеющихся проблем со здоровьем

- г) тяжёлого интеллектуального дефекта с нивелированием индивидуальных личностных черт
8. Для болезни Альцгеймера характерно все перечисленное, кроме
- особой устойчивости к дополнительным патогенным факторам
 - значительного темпа распада памяти
 - выраженных конфабуляций
 - развития глобарного слабоумия
 - обязательных очаговых расстройств
9. Для деменции лёгкой степени характерно все, кроме
- появления проблем адаптации в профессиональных и социальных ситуациях при сохранности ориентировки
 - сохранения способности к самообслуживанию
 - критического осознания собственной болезни
 - утраты индивидуальных личностных черт и грубых расстройств критики
10. В развернутой стадии болезни Пика наблюдается все перечисленное, кроме
- грубого страдания критики и высших функций интеллекта
 - значительных речевых расстройств
 - выраженных явлений апраксии
 - неинтенсивных проявлений аграфии, алексии, акалькулии
 - критического осознания собственной болезни

Беседа по теме занятия.

1. Понятие об умственной отсталости. Этиология, патогенез. Основные симптомы.
2. Виды умственной отсталости (генетически и хромосомно-обусловленная, экзогенная (анте-, интра- и постнатальная))
3. Классификация умственной отсталости по причинам возникновения.
4. Критерии степени тяжести умственной отсталости. Характеристика глубокой, тяжелой, умеренной и легкой умственной отсталости.
5. Психозы при умственной отсталости, особенности, терапия.
6. Понятие о пограничной форме умственной отсталости.
7. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при умственной отсталости.
8. ЗПР, этиопатогенез, классификация.
9. Клиника церебрально-органической, конституциональной, соматогенной и депривационной ЗПР.
10. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при ЗПР.
11. Классификация заболеваний позднего возраста.
12. Этиология и патогенез психических расстройств при атрофических процессах головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера).
13. Клинические этапы развития сенильной деменции, особенности инициального периода.
14. Болезнь Альцгеймера, клиника, диагностика, общие принципы терапии.
15. Клиника, диагностика, общие принципы терапии болезни Пика.
16. Клиника, диагностика и общие принципы терапии инволюционной депрессии и инволюционного параноида.
17. Клиника церебрального атеросклероза, стадии.
18. Профилактика и общие принципы терапии психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом на различных этапах течения.

Практическая работа. Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. Курация больных с различными степенями умственной отсталости и ЗПР, выявление степени снижения интеллекта при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования, использования экспериментально-психологических методик (классификация, исключение 4-лишнего, сравнение понятий, рисуночные тесты, тесты Векслера, Равенна); постановка диагноза умственной отсталости, ЗПР и сопутствующих синдромов, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы. Курация пациентов по теме занятия с целью выявления симптомов психических заболеваний позднего возраста,

постановка диагноза, проведение дифференциального диагноза, обсуждение общих принципов терапии.

Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Алгоритм решения задачи:

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.

Пример задачи.

1. Больная Ч., 11 лет. Жалобы при поступлении: конфликтна, легко идёт на ссоры, дерётся с детьми. На замечания пререкается, может использовать нецензурную брань. Учебная мотивация слабая. На занятиях отвлекаема, неусидчива. Воспитывается в неблагополучной семье. С 7 лет пошла в ООШ, где проучилась 2 года. С программой не справлялась, не научилась ни писать, ни читать. В данный момент обучается в 3 классе школы-интерната №3 VIII вида. С программой справляется. В характеристике отмечено, что девочка очень активна, импульсивна, легко идёт на контакт. Эмоционально неустойчива. В межличностных отношениях часто агрессивна, склонна к конфликту. Уровень самооценки завышен. Работоспособность невысокая – нужна частая смена деятельности, стимуляция со стороны взрослого. Интересы поверхностные.

При поступлении сознание ясное, держится свободно. Охотно рассказывает об обстановке в семье, в интернате. Обвиняет других детей в конфликтах. Улыбается при разговорах о поведении. Запас знаний снижен. Учебные навыки на низком уровне. Мышление конкретное, суждения примитивные. Критика недостаточная.

Сформулировать предварительный диагноз. Дифференциальная диагностика.

Алгоритм решения задачи.

Предварительный диагноз: лёгкая умственная отсталость с нарушениями поведения.

Дифференциальная диагностика : умственную отсталость следует дифференцировать с рано начавшейся шизофренией, деменцией, с внешне сходными состояниями, которые могут быть: при педагогической запущенности, выраженной длительной астенизации, прогрессивных психических заболеваний (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие.

2. Пациент А., 7 лет. Жалобы при поступлении на выраженную задержку психоречевого развития, проблемы в поведении – проявляет агрессию, протестные реакции, кусает, дерётся с родителями. Коррекции поддается с трудом. Реакция на замечания не всегда адекватная.

В течение полугода посещал детский сад, первое время без нарушений поведения. Позже стал проявлять агрессию по отношению к детям - кусаться, царапаться. Задания не выполнял. Свободное время проводит за телевизором, листает журналы. Упрям, настойчив с просьбами, при невыполнении которых кричит, устраивает истерики. Фразовой речи нет, произносит лишь отдельные короткие слова. Любит внимание, ласку, привязан к родным. Навыки самообслуживания на удовлетворительном уровне. В физическом развитии не отстаёт от сверстников. В неврологическом статусе без очаговых поражений ЦНС.

Воспитывается в полной семье, есть младшая сестра (2 года), соматически здорова.

При поступлении моторно неспокоен, места не держится, ходит по кабинету. Коррекции со стороны матери поддается с трудом. В контакт вступает неохотно, отвечает на вопросы не сразу. С трудом удалось получить ответ на вопрос, как его зовут, сколько ему лет. Эмоционально лабилен. Внимание неустойчивое, легко отвлекается на посторонние раздражители.

Алгоритм решения задачи.

Диагноз: умеренная умственная отсталость с нарушениями поведения.

Диф. диагноз: мственную отсталость следует дифференцировать с рано начавшейся шизофренией, атипичным аутизмом, с внешне сходными состояниями, которые могут быть: при педагогической запущенности, выраженной длительной астенизации, прогрессивных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие.

3. Больная М., 72 года. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение года стала заявлять, что в ее квартиру проникают посторонние люди. При возвращении домой даже после кратковременного отсутствия она «обнаруживала» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, подбрасывание мусора. Стала утверждать, что соседи изменили к ней отношение, стали вести себя развязно, игнорируют ее интересы, стучат в стены, ночью мешают спать. В вечернее и ночное время слышала звонки в дверь, чувствовала неприятные запахи, потоки холодного и горячего воздуха. Объясняла это тем, что соседи хотят завладеть ее квартирой, в связи с чем вредят ей. Больная затыкала уши ватой, стала часто проветривать помещение, закрывала вентиляционные отверстия.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Мышление обстоятельное, подробно рассказывает о своих взаимоотношениях с соседями, считает, что соседи плохо к ней относятся, портят ее вещи, стучат в стены. Разубеждению не поддается. Настроение снижено. Память резко снижена на текущие события. В поведении спокойна, упорядочена.

За время нахождения в стационаре обманов восприятия не наблюдалось. В течение месяца сохранялся резко сниженный фон настроения, продолжала высказывать идеи отношения, ущерба со стороны соседей, которые в процессе лечения дезактуализировались. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выделите основные синдромы, сформулируйте диагноз.

Алгоритм решения задачи.

Основные синдромы:

- *галлюцинаторно-параноидный (наличие идей ущерба, порчи, воздействия, плохого отношения со стороны соседей, акаозмы, обонятельные и тактильные галлюцинации) – возникает на фоне, по всей видимости атеросклеротического поражения сосудов головного мозга, что достаточно часто встречается у пожилых людей*

- *психорганический (снижение памяти, затруднение переключения внимания, обстоятельность мышления)*

Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторно-инструментального исследования: биохимическое исследования крови (уровень липидов, триглицеридов, холестерина, сахара), экспериментально-психологическое исследование (уровень интеллекта), а также ангиография сосудов головного мозга, проведение МРТ головного мозга для исключения атрофических заболеваний.

Диагноз: хронический галлюцинаторно-параноидный психоз на фоне органического поражения ЦНС (атеросклероз сосудов головного мозга).

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной 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 об умственной отсталости. Этиология, патогенез. Основные симптомы.
2. Виды умственной отсталости (генетически и хромосомно-обусловленная, экзогенная (анте-, интра- и постнатальная)
3. Классификация умственной отсталости по причинам возникновения.
4. Критерии степени тяжести умственной отсталости. Характеристика глубокой, тяжелой, умеренной и легкой умственной отсталости.
5. Психозы при умственной отсталости, особенности, терапия.
6. Понятие о пограничной форме умственной отсталости.
7. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при умственной отсталости.
8. ЗПР, этиопатогенез, классификация.
9. Клиника церебрально-органической, конституциональной, соматогенной и депривационной ЗПР.
10. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при ЗПР.
11. Классификация заболеваний позднего возраста.

12. Этиология и патогенез психических расстройств при атрофических процессах головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера).
13. Клинические этапы развития сенильной деменции, особенности инициального периода.
14. Болезнь Альцгеймера, клиника, диагностика, общие принципы терапии.
15. Клиника, диагностика, общие принципы терапии болезни Пика.
16. Клиника, диагностика и общие принципы терапии инволюционной депрессии и инволюционного параноида.
17. Клиника церебрального атеросклероза, стадии.
18. Профилактика и общие принципы терапии психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом на различных этапах течения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Наиболее глубокую форму врожденной умственной отсталости с почти полным отсутствием речи и других психических функций ранее называли
 - а) идиотия
 - б) дебильность
 - в) имбецильность
 - г) деменция
2. Характерные клинические проявления умственной отсталости
 - а) слабость абстрактного мышления
 - б) наличие сверхценных идей
 - в) галлюцинации
 - г) конфабуляции
3. Стандартизированным тестом для определения степени умственной отсталости в МКБ-10 является
 - а) опросник ТАТ
 - б) тест Векслера
 - в) прогрессирующие матрицы Равена
 - г) методика ШТУР
4. Для задержки психического развития не характерно
 - а) логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью
 - б) прогрессивность процесса
 - в) способность принимать, использовать помощь и переносить усвоенные навыки на другие ситуации
 - г) с помощью взрослого дети могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к нормальному уровне
5. Понятию задержки психического развития соответствует отставание
 - а) от возрастной нормы темпа речевого развития
 - б) в интеллектуальном развитии
 - в) от нормы по уровню развития школьных навыков
 - г) от нормы по уровню интеллектуального или личностного развития, промежуточное по своим характеристикам между нормой и умственной отсталостью
6. Для деменции лёгкой степени характерно все, кроме
 - а) появления проблем адаптации в профессиональных и социальных ситуациях при сохранности ориентировки
 - б) сохранения способности к самообслуживанию
 - в) критического осознания собственной болезни
 - г) утраты индивидуальных личностных черт и грубых расстройств критики
7. В развернутой стадии болезни Пика наблюдается все перечисленное, кроме
 - а) грубого страдания критики и высших функций интеллекта
 - б) значительных речевых расстройств
 - в) выраженных явлений апраксии
 - г) неинтенсивных проявлений аграфии, алексии, акалькулии
 - д) критического осознания собственной болезни
8. При болезни Пика наблюдаются

- а) нелепая эйфория
 - б) психогенные депрессии
 - в) спутанные мании
 - г) брющащие депрессии
 - д) гневливые мании
9. Болезнь Пика характеризуется преимущественной атрофией
- а) лобных долей
 - б) височных долей
 - в) теменных долей
 - г) всех перечисленных локализаций
10. Бредовые психозы при болезни Альцгеймера протекают в виде
- а) систематизированных паранойальных
 - б) малосистематизированных с фабулой ревности и ущерба
 - в) параноидных
 - г) парафренных
 - д) депрессивно-параноидных

Решить ситуационные задачи:

1. Пациент А., 7 лет. Жалобы при поступлении на выраженную задержку психоречевого развития, проблемы в поведении – проявляет агрессию, протестные реакции, кусает, дерётся с родителями. Коррекции поддается с трудом. Реакция на замечания не всегда адекватная.

В течение полугода посещал детский сад, первое время без нарушений поведения. Позже стал проявлять агрессию по отношению к детям - кусаться, царапаться. Задания не выполнял. Свободное время проводит за телевизором, листает журналы. Упрям, настойчив с просьбами, при невыполнении которых кричит, устраивает истерики. Фразовой речи нет, произносит лишь отдельные короткие слова. Любит внимание, ласку, привязан к родным. Навыки самообслуживания на удовлетворительном уровне. В физическом развитии не отстаёт от сверстников. В неврологическом статусе без очаговых поражений ЦНС.

Воспитывается в полной семье, есть младшая сестра (2 года), соматически здорова.

При поступлении моторно неспокоен, места не держится, ходит по кабинету. Коррекции со стороны матери поддается с трудом. В контакт вступает неохотно, отвечает на вопросы не сразу. С трудом удалось получить ответ на вопрос, как его зовут, сколько ему лет. Эмоционально лабилен. Внимание неустойчивое, легко отвлекается на посторонние раздражители. Предварительный диагноз?

2. Больная М., 72 года. Поступление в психиатрический стационар первичное. В течение года стала заявлять, что в ее квартиру проникают посторонние люди. При возвращении домой даже после кратковременного отсутствия она «обнаруживала» перемещение и порчу вещей, подмену новых вещей старыми, подбрасывание мусора. Стала утверждать, что соседи изменили к ней отношение, стали вести себя развязно, игнорируют ее интересы, стучат в стены, ночью мешают спать. В вечернее и ночное время слышала звонки в дверь, чувствовала неприятные запахи, потоки холодного и горячего воздуха. Объясняла это тем, что соседи хотят завладеть ее квартирой, в связи с чем вредят ей. Больная затыкала уши ватой, стала часто проветривать помещение, закрывала вентиляционные отверстия.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакт доступен. Мышление обстоятельное, подробно рассказывает о своих взаимоотношениях с соседями, считает, что соседи плохо к ней относятся, портят ее вещи, стучат в стены. Разубеждению не поддается. Настроение снижено. Память нерезко снижена на текущие события. В поведении спокойна, упорядочена.

За время нахождения в стационаре обманов восприятия не наблюдалось. В течение месяца сохранялся нерезко сниженный фон настроения, продолжала высказывать идеи отношения, ущерба со стороны соседей, которые в процессе лечения дезактуализировались. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выделите основные синдромы, сформулируйте диагноз.

Кафедра им. профессора В.И. Багаева

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине
«Психиатрия»

Специальность 37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
(очная форма обучения)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которой формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		знать	уметь	владеть		
ОК-6	готовностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	35. Принципы и нормы профессиональной этики; основные модели, стратегии и инструменты этического регулирования профессиональной деятельности	У5. Объяснять этические феномены и категории и обосновать их роль в человеческой деятельности; давать этический анализ явлений общественной жизни, различных аспектов профессиональной деятельности	В5. Навыками применения этических принципов в профессиональной и повседневной практике разрешения конфликтных ситуаций; навыками критического анализа и этической экспертизы сложных и конфликтных ситуаций, представленных в научной литературе	Общие вопросы психиатрии. Общая психопатология, частная психиатрия	III, IV

				и практике профессиональной деятельности		
ПК-3	способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культурных и индивидуально-психологических характеристик	33. Психофизиологические механизмы и закономерности психической деятельности и поведения человека как в норме, так и при психической и соматической патологии	У3. Прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии	В3. Навыками анализа психофизиологических феноменов, изменения, динамики в различных сферах психического функционирования человека с позиции системного подхода	Общие вопросы психиатрии. Общая психопатология, частная психиатрия	III, IV
ПК-4	способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение,	31. Методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента	У1. Уметь подбирать и применять методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента в конкретной ситуации	В1. Способностью обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента	Общие вопросы психиатрии. Общая психопатология, частная психиатрия	III, IV

	информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях					
ПК-5	способность и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуальных психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития	34. Клинико-психологическую феноменологию, механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития	У4. Осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития; описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного обследования	В4. Разнообразными методами и техниками индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования	Общие вопросы психиатрии. Общая психопатология, частная психиатрия	III, IV
ПСК-3.3	способность и готовностью к овладению теоретически	31. Разнообразными методами и техниками	У1. Применять методы классических и современных направлений	В1. Теоретическими основами и методами	Общие вопросы психиатрии. Общая психопатоло	III, IV

ми основами и методами классических и современных направлений психотерапии	индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования	психотерапии	классической и современной психотерапии	гия, частная психиатрия	
--	--	--------------	---	-------------------------	--

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство
	Неудовлетворительно/не зачтено	Удовлетворительно/зачтено	Хорошо/зачтено	Отлично/зачтено	
ОК-6 готовность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения					
Знать	Не знает принципы и нормы профессиональной этики; основные модели, стратегии и инструменты этического регулирования профессиональной деятельности	Не в полном объеме знает принципы и нормы профессиональной этики; основные модели, стратегии и инструменты этического регулирования профессиональной деятельности	Знает принципы и нормы профессиональной этики; основные модели, стратегии и инструменты этического регулирования профессиональной деятельности, допускает ошибки	Знает принципы и нормы профессиональной этики; основные модели, стратегии и инструменты этического регулирования профессиональной деятельности	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач
Уметь	Не умеет объяснять этические феномены и категории и обосновать их роль в человеческой деятельности; давать этический анализ явлений общественной жизни,	Частично освоено умение объяснять этические феномены и категории и обосновать их роль в человеческой деятельности; давать этический анализ явлений общественн	Правильно использует умение объяснять этические феномены и категории и обосновать их роль в человеческой деятельности; давать этический анализ явлений общественно й жизни,	Самостоятельно использует умение объяснять этические феномены и категории и обосновать их роль в человеческой деятельности; давать этический анализ явлений общественной жизни, различных	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач

	различных аспектов профессиональной деятельности	ой жизни, различных аспектов профессиональной деятельности	различных аспектов профессиональной деятельности, допускает ошибки	аспектов профессиональной деятельности,	
Владеть	Не владеет навыками применения этических принципов в профессиональной и повседневной практике разрешения конфликтных ситуаций; навыками критического анализа и этической экспертизы сложных и конфликтных ситуаций, представленных в научной литературе и практике профессиональной деятельности	Не полностью владеет навыками применения этических принципов в профессиональной и повседневной практике разрешения конфликтных ситуаций; навыками критического анализа и этической экспертизы сложных и конфликтных ситуаций, представленных в научной литературе и практике профессиональной деятельности	Способен использовать навыки применения этических принципов в профессиональной и повседневной практике разрешения конфликтных ситуаций; навыками критического анализа и этической экспертизы сложных и конфликтных ситуаций, представленных в научной литературе и практике профессиональной деятельности	Владеет навыками применения этических принципов в профессиональной и повседневной практике разрешения конфликтных ситуаций; навыками критического анализа и этической экспертизы сложных и конфликтных ситуаций, представленных в научной литературе и практике профессиональной деятельности	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач
ПК-3 способность планировать и самостоятельно проводить психодиагностическое обследование пациента в соответствии с конкретными задачами и этико-деонтологическими нормами с учетом нозологических, социально-демографических, культурных и индивидуально-психологических характеристик					
Знать	Фрагментарные знания психофизиологических механизмов и закономерн	Общие, но не структурированные знания психофизиологических механизмов и	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания психофизиологических механизмов и	Сформированные систематические знания психофизиологических механизмов и закономерностей психической	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач, тест

	остей психической деятельности и поведения человека как в норме, так и при психической и соматической патологии	закономерно стей психической деятельности и поведения человека как в норме, так и при психической и соматической патологии	закономерностей психической деятельности и поведения человека как в норме, так и при психической и соматической патологии	деятельности и поведения человека как в норме, так и при психической и соматической патологии	
Уметь	Частично освоенное умение прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии	В целом успешное, но не систематическое осуществляемое умение прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии	В целом успешное, но содержащее отдельные проблемы умение прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии	Сформированное умение прогнозировать изменения и оценивать их динамику в различных сферах психического функционирования человека при медицинском и психологическом воздействии	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач, тест
Владеть	Фрагментарное применение навыков психофизиологических феноменов, изменения, динамики в различных сферах психического	В целом успешное, но не систематическое применение навыков психофизиологических феноменов, изменения, динамики в различных	В целом успешное, но содержащее некоторые проблемы применения навыков психофизиологических феноменов, изменения, динамики в различных	Успешное и систематическое применение навыков психофизиологических феноменов, изменения, динамики в различных сферах психического функционирования	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач, тест

	го функционирования человека с позиции системного подхода	сферах психического функционирования человека с позиции системного подхода	сферах психического функционирования человека с позиции системного подхода	ния человека с позиции системного подхода	
ПК-4 способность обрабатывать и анализировать данные психодиагностического обследования пациента, формулировать развернутое структурированное психологическое заключение, информировать пациента (клиента) и медицинский персонал (заказчика услуг) о результатах диагностики и предлагаемых рекомендациях					
Знать	Не знает методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента	Не в полном объеме знает методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента	Знает методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента, допускает ошибки	Знает методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач
Уметь	Не умеет подбирать и применять методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента в конкретной ситуации	Частично освоено умение подбирать и применять методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента в конкретной ситуации	Правильно использует умение подбирать и применять методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента в конкретной ситуации, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение подбирать и применять методы обработки и анализа данных психологического обследования пациента в конкретной ситуации	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач
Владеть	Не владеет навыками обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента	Не полностью владеет навыками обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента	Способен использовать навыки обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента, допускает ошибки	Владеет навыками обработки и анализа данных психодиагностического обследования пациента	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач

ПК-5 способностью и готовностью определять цели и самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы психологического вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик, квалифицированно осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития					
Знать	Не знает клинико-психологическую феноменологию, механизмы и факторы риска возникновения расстройств в психического, психосоматического здоровья и развития	Не в полном объеме знает клинико-психологическую феноменологию, механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития	Знает клинико-психологическую феноменологию, механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития, допускает ошибки	Сформированы систематические знания о клинико-психологическую феноменологию, механизмы и факторы риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития, допускает ошибки	Собеседование, решение компетентных ориентированных задач, тест
Уметь	Не умеет осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития; описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного	Частично освоено умение осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития; описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного	Правильно использует умение осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития; описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного	Самостоятельно умеет осуществлять клинико-психологическое вмешательство в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития; описывать и анализировать процесс и результаты вмешательства, формулировать рекомендации по результатам проведенного	Собеседование, решение компетентных ориентированных задач, тест

	обследован ия				
Владеть	Не владеет разнообразными методами и техниками индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования	Не полностью владеет разнообразными методами и техниками индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования	Способен использовать теоретические основы и разнообразные методы и техники индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования, допускает ошибки	Самостоятельно использует теоретические основы и разнообразные методы и техники индивидуально, групповой и семейной психотерапии и консультирования	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач, тест
ПСК-3.3 способность и готовность к овладению теоретическими основами и методами классических и современных направлений психотерапии					
Знать	Фрагментарные знания о теоретических основах и методах классических и современных направлений психотерапии	Общие, но не структурированные знания о теоретических основах и методах классических и современных направлений психотерапии	Сформированы, но содержат отдельные пробелы знания о теоретических основах и методах классических и современных направлений психотерапии	Сформированы систематические знания о теоретических основах и методах классических и современных направлений психотерапии	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач, тест
Уметь	Не умеет применять методы классических и современных направлений психотерапии	Частично освоено умение применять методы классических и современных направлений психотерапии	Правильно использует умение применять методы классических и современных направлений психотерапии, допускает ошибки	Самостоятельно умеет применять методы классических и современных направлений психотерапии	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач
Владеть	Не владеет теоретическими основами и методами классической и	Не полностью владеет теоретическими основами и методами	Способен использовать теоретические основы и методы классической и	Самостоятельно использует теоретические основы и методы классической и современной	Собеседование, решение компетентностно-ориентированных задач

	современной психотерапии	классической и современной психотерапии	современной психотерапии, допускает ошибки	психотерапии	
--	--------------------------	---	--	--------------	--

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы для промежуточной аттестации (зачет)

(ОК- 6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК-3.3)

1. Предмет и задачи психиатрии. Важнейшие этапы её развития.
2. Наследственные психические заболевания. Генетический метод исследования в психиатрии.
3. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
4. Понятие симптома, синдрома в клинике психических заболеваний, диагностическое и прогностическое значение продуктивных и негативных симптомов.
5. Нарушения ощущений (гиперестезия, гипостезия, анестезия, парестезии, сенестопатии). Иллюзии, виды.
6. Галлюцинации, этиология, классификация, методы выявления.
7. Нарушения психосенсорного синтеза (деперсонализация, дереализация).
8. Нарушения памяти. Этиология, клиника.
9. Нарушения внимания, этиология, клиника.
10. Корсаковский синдром. Психические заболевания, при которых он встречается.
11. Нарушение мыслительной деятельности (расстройства ассоциативного процесса).
12. Определение бреда. Систематика, этапы развития. Понятие о первичном и вторичном бреде. Нозологические особенности.
13. Бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный), их клиническая характеристика.
14. Определение деменции. Формы приобретенного слабоумия, их особенности.
15. Умственная отсталость. Степени умственной отсталости.
16. Волевые расстройства (гипербулия, гипобулия, абулия, парабулия). Клиника, нозологические особенности.
17. Виды психомоторного возбуждения, причины, клиника, неотложная терапия.
18. Критерии расстройства сознания. Выключение сознания (оглушение, сопор, кома), характеристика. Причины возникновения.
19. Клиническая характеристика делирия и аменции. Нозологическая принадлежность.
20. Клиническая характеристика онейроида и сумеречных расстройств. Нозологические особенности.
21. Кататонический синдром, клиника, диагностика.
22. Синдром Кандинского-Клерамбо. Понятие о психических автоматизмах.
23. Симптомы эмоциональных нарушений (эйфория, депрессия, дисфория, апатия, лабильность, амбивалентность).
24. Невротические синдромы (неврастенический, обсессивно-фобический, истерический, ипохондрический).
25. Депрессивный синдром, его психопатологическая структура. Клинические особенности при различных нозологических формах.
26. Астенический синдром. Клиническая характеристика. Нозологическая принадлежность.
27. Синдром галлюциноза. Клиническая характеристика, виды. Нозологические особенности.
28. Типы течения психических заболеваний.
29. Судебно-психиатрическая экспертиза, критерии невменяемости. Военная экспертиза.
30. Нехимические зависимости (гэмблинг, интернет-зависимость), клиника, диагностика.
31. Эпилепсия. Этиология, клиническая картина генерализованных приступов, изменения личности. Понятие об эпилептической реакции, эпилептиформном синдроме
32. Парциальная (фокальная) эпилепсия. Клиника.
33. Алкогольная зависимость, стадии, клиническая картина.

34. Абстинентный синдром, этиология, клиника.
35. Алкогольный галлюциноз, параноид, клиника, течение, дифференциальная диагностика. Алкогольный делирий, закономерности клиники, течения, дифференциальный диагноз.
36. Наркотическая зависимость, определение. Виды наркотических веществ. Клиника опийной наркомании.
37. Клиника зависимости от каннабиноидов (спайсы, гашиш). Кокаинизм.
38. Клиника наркоманий при употреблении барбитуратов, амфетаминов и эфедрона.
39. Токсикомании, определение, клиника.
40. Основные психопатологические синдромы при соматических заболеваниях (астения, аффективные синдромы, синдромы нарушенного сознания).
41. Клиника психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь).
42. Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга (клиника острого и начального периода).
43. Клиника психических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (формы и варианты течения).
44. Биполярное аффективное расстройство. Рекуррентное депрессивное расстройство. Этиология, клиника, диагностика, типы течения.
45. Хронические расстройства настроения (циклотимия, дистимия). Клиника, диагностика
46. Психопатологическая структура маниакального и депрессивного синдромов. Маскированная депрессия.
47. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (менингиты, энцефалиты, грипп, тифы и т.д.).
48. Шизофрения. Типы течения и основная психопатологическая симптоматика.
49. Шизофрения. Клиника инициального периода, типы манифестации психоза.
50. Понятие шизофренического дефекта (негативные симптомы шизофренического процесса). Возрастные особенности.
51. Сенильные и пресенильные деменции (болезнь Альцгеймера, Пика). Закономерности клиники, течения.
52. Пресенильные психозы. Основные клинические формы и ведущая психопатологическая симптоматика различных форм инволюционных психозов. Депрессии и параноиды позднего возраста.
53. Психогении. Систематика психогенных заболеваний. Клинические разновидности острых (шоковых) реактивных состояний.
54. Клиника затяжных реактивных психозов (депрессия, параноид).
55. Неврастения, клиника, течение.
56. Обсессивно-компульсивное и фобическое расстройство. Клиника, течение.
57. Диссоциативные (истерические) расстройства. Вопросы этиопатогенеза. Основные клинические проявления, терапия.
58. Тревожное расстройство (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
59. Посттравматическое стрессовое расстройство. Этиопатогенез, клиника, терапия.
60. Расстройства личности, определение, критерии психопатий, классификация по этиологии. Клиническая характеристика расстройств личности по МКБ-10.

Критерии оценки

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.

Примерный перечень тестовых заданий, критерии оценки

1 уровень:

1. Галлюцинации – это (1 вариант)

- а) ошибочные суждения, неподдающиеся коррекции
- б) неправильное восприятие реальных объектов
- в) произвольно возникающие навязчивые образы
- г) обманы восприятия, возникающие без реального объекта (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

2. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется (3 варианта)

- а) ощущением нереальности окружающего
- б) отчуждением мыслей, отчуждения чувств, действий, поступков
- в) отчуждением представлений, воспоминаний
- г) восприятием своих мыслей, чувств, действий как искусственно созданных воздействием извне (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

3. Парестезии – это (1 вариант)

- а) крайне неприятные тягостные ощущения на каком либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений
- б) когда пациент ощущает ползание под кожей насекомых и червей
- в) неприятные многомерные (боль, покалывание, жжение, похолодание, пульсация и т.д.) ощущения, возникающие на поверхности тела
- г) неприятные многомерные (боль, покалывание, жжение, похолодание, пульсация и т.д.) ощущения, возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами чувствительной иннервации или кровоснабжения без раздражения извне (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

4. К негативным расстройствам мышления относятся (2 варианта)

- а) аутистическое мышление
- б) бред
- в) ускорение мышления
- г) инкогерентность (бессвязность) (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

5. К экспансивному бреду относятся (2 варианта)

- а) мессианский бред
- б) бред обнищания
- в) бред реформаторства
- г) бред преследования (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

6. Какие симптомы характерны для Корсаковского синдрома (3 варианта)

- а) ретроградная амнезия
- б) сенестопатии
- в) фиксационная амнезия
- г) псевдореминисценции (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

7. Вариантом парамнезий считают (3 варианта)

- а) конфабуляции
- б) ментизм
- в) криптомнезию
- г) псевдореминисценции (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

8. Аменция это (1 вариант)

- а) острый психоз с помрачением сознания, дезориентацией, истинными галлюцинациями
- б) сновидное помрачение сознания
- в) грубое помрачение сознания органической природы с дезориентировкой, инкогерентией, отрывочными обманами восприятия, физическим истощением
- г) сомноленция с гипестезией, брадифренией (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

9. Сумеречное помрачение сознание может проявляться (3 варианта)
- а) сомнамбулизмом
 - б) фугой
 - в) ступором
 - г) трансом (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
10. Для делирия характерны (3 варианта)
- а) истинные зрительные галлюцинации
 - б) нарушение ориентировки в месте, времени и ситуации
 - в) псевдореминисценции
 - г) психомоторное возбуждение (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
11. Соматоформные расстройства характеризуются всем перечисленным кроме (1 вариант)
- а) повторяющимися физическими симптомами, связанными с психотравмирующими событиями
 - б) сопровождаются убежденностью пациента в заболевании
 - в) отсутствием изменений в органах и системах
 - г) наличием какого-либо соматического заболевания (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
12. Ипохондрическое расстройство проявляется (3 варианта)
- а) постоянной убежденностью в наличии соматического заболевания
 - б) сенестопатическими расстройствами
 - в) частыми консультациями и обследованиями у разных специалистов
 - г) апатией (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
13. Что характерно для эмоциональных изменений при шизофрении (3 варианта)
- а) слабодушие
 - б) эмоциональная тупость
 - в) эмоциональная неадекватность
 - г) амбивалентность (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
14. К основным типам течения шизофрении относятся (3 варианта)
- а) непрерывно-прогредиентная
 - б) приступообразно-прогредиентная
 - в) непрогредиентная
 - г) рекуррентная (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
15. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
- а) идеи преследования
 - б) витальный характер депрессии
 - в) суицидальные мысли
 - г) отсутствие аппетита (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
16. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления (3 варианта)
- а) тахикардия
 - б) брадикардия
 - в) похудание
 - г) запоры (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
17. Реактивные состояния проявляются (2 варианта)
- а) истерическими психозами
 - б) шизоаффективным расстройством
 - в) аффективно-шоковыми реакциями
 - г) корсаковским синдромом (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
18. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется (2 варианта)
- а) «флэш-бэк» симптомами
 - б) бредовыми идеями
 - в) ангедонией
 - г) гипоманией (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
19. К общим невротическим расстройствам (неврозам) относятся (3 варианта)
- а) диссоциативные расстройства

- б) неврастения
 - в) дистимия
 - г) обсессивно-компульсивное расстройство (ПК-3, ПК-4, ПК-5)
20. Неустойчивый тип акцентуации характера проявляется (2 варианта)
- а) тягой к развлечениям
 - б) замкнутостью
 - в) вспыльчивостью
 - г) стремлением к независимости (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

2 уровень:

1. Соотнесите название феномена нарушения внимания и его определение (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

А. Истощаемость внимания	1. быстрое переключение с одного объекта на другой
Б. Отвлекаемость внимания	2. больной быстро устает и не может дальше работать
В. Апрозексия	3. затрудненное переключение с одного объекта на другой
Г. Инертность (ригидность)	4. полная невозможность сосредоточения внимания

2. Соотнесите название феномена и его определение (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

А. Амнезия	1. выпадение памяти на события, произошедшие в момент заболевания или воздействия стрессового фактора
Б. Конградная амнезия	2. заполнение пробелов в памяти событиями, которые когда-то происходили, но неверно соотносящимися в месте и времени
В. Псевдореминесценция	3. утрата способности произвольно запоминать и воспроизводить текущие события
Г. Гипомнезия	4. выпадение памяти на разные сведения, навыки, либо на тот или иной промежуток времени
Д. Фиксационная амнезия	5. снижение памяти

3. Установите соответствия вида деменции и симптомов (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

А. Шизофреническая	1. снижение памяти, нарушение осмысления, эмоциональная лабильность
Б. Органическая	нарастающая обстоятельность мышления с концентрацией на своей жизни и болезни
В. Эпилептическая	3. разноплановость, аутичность, паралогичность, символизм

4. Соотнесите тип нарушения сознания с его симптомами (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

А. Оглушение	1. отсутствие психической деятельности, арефлексия
Б. Сопор	2. гипестезия, замедление мышления, сомноленция
В. Кома	3. прекращение психической деятельности, сохранены реакция зрачков на свет и безусловные сухожильные рефлексy

5. Подберите соответствия типам течения шизофрении (ПК-3, ПК-4, ПК-5)

А. Приступообразно-прогредиентная	1. неблагоприятное течение с быстро нарастающим дефектом
Б. Непрерывно-прогредиентная	2. относительно благоприятное течение, встречается редко
В. Рекуррентная	3. эпизодическое течение с постепенно нарастающим дефектом

3 уровень:

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

Какой вид помрачения сознания описан?

-Делирий

-Онейроид

-Сумеречное помрачение сознания

-Аменция

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

2. Пациентка Ч., 11 лет.

Жалобы при поступлении: конфликтна, легко идёт на ссоры, дерётся с детьми. На замечания пререкается, может использовать нецензурную брань. Учебная мотивация слабая. На занятиях отвлекаема, неусидчива.

Воспитывается в неблагополучной семье. С 7 лет пошла в ООШ, где проучилась 2 года. С программой не справлялась, не научилась ни писать, ни читать. В данный момент обучается в 3 классе школы-интерната №3 VIII вида. С программой справляется. В характеристике отмечено, что девочка очень активна, импульсивна, легко идёт на контакт. Эмоционально неустойчива. В межличностных отношениях часто агрессивна, склонна к конфликту. Уровень самооценки завышен. Работоспособность невысокая – нужна частая смена деятельности, стимуляция со стороны взрослого. Интересы поверхностные.

При поступлении сознание ясное, держится свободно. Охотно рассказывает об обстановке в семье, в интернате. Обвиняет других детей в конфликтах. Улыбается при разговорах о поведении. Запас знаний снижен. Учебные навыки на низком уровне. Мышление конкретное, суждения примитивные. Критика недостаточная.

Сформулировать предварительный диагноз

-задержка психического развития (ЗПР)

-лёгкая умственная отсталость с нарушениями поведения

-умеренная умственная отсталость с нарушениями поведения

-дебют шизофрении

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

3. Студент технического института, 23 года. Заболевание развивалось без видимых причин. Потерял интерес к учебе, к общению со знакомыми, к искусству и музыке, которыми раньше "только и жил". Появились слуховые псевдогаллюцинации, бред преследования и гипнотического воздействия. Заявлял, что его мысли "читают окружающие". Практически был совершенно бездейственным и безразличным, почти постоянно высказывал нелепые идеи различного содержания. Критики к состоянию нет.

Квалифицируйте ведущий синдром:

-паранояльный синдром

-депрессивный синдром

-синдром Кандинского-Клерамбо

-психопатоподобный синдром

-апато-абулический синдром

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

Критерии оценки:

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;

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

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

1. Больная К., 46 лет.

Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Заболевание началось 2 года назад. Тогда поняла, что все окружающие считают её колдуньей, боятся и сторонятся. Длительное время скрывала от дочери свои переживания и вела себя несколько странно. В последний месяц вычурно одевается, прячется от посторонних людей, иногда начинает доказывать прохожим, что она вовсе не колдунья. Неоднократно разборчиво слышала в разговоре проходящих мимо неё людей упоминание слова «колдунья». Иногда это слово произносилось после её имени. Не критична, мало доступна контакту.

Назовите симптомы и ведущий синдром.

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

2. Больная Л., 17 лет. Известно, что оба родителя страдают алкоголизмом. В психическом и физическом развитии отставала от сверстников, в детских играх не участвовала, т.к. была малоподвижна и неуклюжа. Фразовая речь - после 2 лет. В общеобразовательной школе обучаться не смогла, после первого класса переведена во вспомогательную школу, после окончания которой в 16 лет стала работать уборщицей в магазине.

Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентировка в месте и времени. Речь косноязычная, словарный запас бедный. Круг интересов ограничен. Суждения инфантильные, примитивные. Не может объяснить смысл простых пословиц и поговорок. Делает ошибки при простом арифметическом счете. Эмоционально лабильна. При ошибках в ответах смущается, просит её отпустить, плачет.

Выделите психопатологические симптомы и синдром. Поставьте предположительный диагноз.

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

3. Больной К., 23 лет, находящийся в состоянии кататонического ступора, в течение двух недель при кормлении во время амитал-кофеинового растормаживания просил не кормить его, говорил персоналу, что всю пищу надо отдать детям. После завершения лечения он в течение нескольких часов рассказывал о своих переживаниях: ему казалось, что на Земле произошла катастрофа и несколько космических кораблей с остатками жителей должны лететь в другие звездные миры, он – капитан одного из кораблей. Он не может передать отчаяния, которое его охватило, когда корабль не мог попасть в сферу притяжения звезды, на которой была жизнь, и пронесся мимо. На корабле иссякают запасы продуктов, надежд больше нет, всю пищу отдают детям.

Выделите психопатологические симптомы и синдром.

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

4. Больная К., заболела исподволь в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла и не находила различные вещи. Начались затруднения в счете денег. Постепенно нарастала беспомощность, перестала мыться и одеваться самостоятельно, не могла сообразить, как это делать. Не могла самостоятельно есть, «не знала, куда девать ложку». В беседе на большинство вопросов отвечала «забыла, не помню». При попытке писать изображала беспорядочно расположенные каракули. Копировала только единичные заглавные печатные буквы. В помещении не ориентировалась.

Назовите симптомы, синдромы, предположительный диагноз.

(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

5. Больная Т., 40 лет.

Диагноз: органическое заболевание мозга сложного генеза.

За последние пять лет перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму. Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых – тошнота, рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и так же внезапно прекращающиеся сердцебиения и повышение температуры. Во время таких приступов отмечается полиурия.

Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что «плывёт кровать» или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у неё укорачиваются руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может заснуть.

Назовите симптомы и ведущий синдром.
(ОК-6, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПСК -3.3)

Критерии оценки:

- «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.

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

4.1. 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 Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

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)	Не менее 20
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	Не менее 5
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	Не менее 3
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

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-

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.

1.1.4.2. 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 Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 29.02.2016 № 74-ОД.

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. Деканатом факультета 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 вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

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

Составители: _____ /М.В. Злоказова/

_____ /Н.В. Семакина/

Зав. кафедрой _____ /М.В. Злоказова/