Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 13.03.2026 13:13:02
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия

Направленность программы – Психиатрия

Форма обучения очная

Срок получения образования 2 года

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия, утвержденного Министерством науки и высшего образования РФ «16» октября 2023 г., приказ № 981.

2) Учебного плана по специальности 31.08.20 Психиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «26» апреля 2024 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой психиатрии им. профессора В.И. Багаева «29» апреля 2024 г. (протокол № 9)

Заведующий кафедрой М.В. Злоказова

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «16» мая 2024 г. (протокол № 5)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «16» мая 2024 г. (протокол № 5)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

заведующий кафедрой психиатрии
им. профессора В.И. Багаева М.В. Злоказова

доцент кафедры психиатрии
им. профессора В.И. Багаева Н.В. Семакина

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 4
1.4. Объекты профессиональной деятельности 4
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 14
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 14
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 14
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 16
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 17
3.4. Тематический план лекций 17
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 19
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 27
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 27
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 27
4.1.1. Основная литература 28
4.1.2. Дополнительная литература 28
4.2. Нормативная база 28
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 29
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 29
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 30
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 31
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 33
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 35
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 36
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 36
8.1. Выбор методов обучения 36
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья 37
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 37
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 37

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

подготовка квалифицированного врача-психиатра, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, способного осуществлять самостоятельную профессиональную деятельность по специальности 31.08.20 Психиатрия.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

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

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Психиатрия» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули) обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Патология, Обучающий симуляционный курс, Общественное здоровье и здравоохранение, Педагогика, Клиническая фармакология, Медицина чрезвычайных ситуаций, Медицинская реабилитация в клинической практике, Психология профессионального общения.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Наркология, Основы психотерапии, Пограничные психические расстройства, Шизофрения. Аффективные расстройства, Основы сексологии, Психотерапия пограничных расстройств.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

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

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

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

медицинский;

организационно-управленческий.

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

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

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*
1	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД УК 1.4. Определяет возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной сфере (в психиатрии)	возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	применять достижения в области медицины и фармации в профессиональной сфере в психиатрии	способами применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел № 1,2,4,5,7 Семестр № 1,2
2	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ИД ОПК 4.2. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и	современные методы функциональной диагностики, результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состоя-	использовать современные методы функциональной диагностики, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и	современными методами функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2

		физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов	ний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения			
3	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ИД ОПК 5.1. Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	основы разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №4,5,7 Семестр № 1,2
		ИД ОПК 5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий,	способы оценки эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских	оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, ле-	способами оценки эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских	тестирование, ситуационные задачи, прием практических	тестирование, ситуационные задачи, прием практических	Раздел №4,5,7 Семестр № 1,2

		лечебного питания и иных методов лечения	изделий, лечебного питания и иных методов лечения	чебного питания и иных методов лечения	изделий, лечебного питания и иных методов лечения	навыков, собеседование	навыков, собеседование	
		ИД ОПК 5.3. Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств	методы профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	проводить профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №4,5,7 Семестр № 1,2
4	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных	ИД ОПК 6.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методы контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методами контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел № 4,5,7 Семестр № 1,2

	программ реабилитации или абилитации инвалидов							
5	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД ОПК 7.1. Проводит медицинские освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении с психическими расстройствами и расстройствами поведения	основы проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	проводить медицинские освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №8,9 Семестр № 2
6	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИД ОПК 8.1. Проводит мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	основы проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	навыками проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №5,6 Семестр № 2
		ИД ОПК 8.2. Проводит диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов	основы проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом	проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	навыками диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначения профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №5,6 Семестр № 2

		риска	факторов риска					
7	ПК-2. Способен проводить обследование пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с целью установления диагноза	ИД ПК 2.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами и расстройствами поведения в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	особенности сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	выявлять жалобы, особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	навыками квалифицированного сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) для выявления психических заболеваний в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2
		ИД ПК 2.2. Проводит обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием	основы проведения обследований: неврологического, физикального и тестологического психодиагностического с использованием	проводить обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием	навыками обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием	тестирование, ситуационные задачи, прием практических	тестирование, ситуационные задачи, прием практических	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2

		психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	навыков, собеседование	навыков, собеседование	
		ИД ПК 2.3. Осуществляет направление пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	критерии направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	направить пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	навыками направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2

		ИД ПК 2.4. Устанавливает диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	критерии постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	установить диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	навыками постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2
		ИД ПК 2.5 Проводит повторные осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивает динамику их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	критерии повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и критерии оценки динамики их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	провести повторные осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценить динамику их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	навыками проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценки динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,5, 7,8,9 Семестр № 1,2
8	ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с психическими расстройствами и	ИД ПК 3.1. Разрабатывает план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами	основы разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с	разработать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами пове-	навыками разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстрой-	тестирование, ситуационные задачи, прием прак-	тестирование, ситуационные задачи, прием прак-	Раздел №2,3,4, 5,7,8,9 Семестр № 1,2

	расстройствами поведения, контролировать его эффективность и безопасность	поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	дения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	ствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	тических навыков, собеседование	тических навыков, собеседование	
		ИД ПК 3.2. Назначает лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применяет медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	особенности назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и стандарты применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с уче-	назначить лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применять медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	навыками назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с уче-	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,4, 5,7,8,9 Семестр № 1,2

			том стандартов медицинской помощи		том стандартов медицинской помощи			
		ИД ПК 3.3. Оценивает эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методы оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	навыками оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,4, 5,7,8,9 Семестр № 1,2
		ИД ПК 3.4. Определяет объем, последовательность лечебных мероприятий и оказывает неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	методы определения объема, последовательности лечебных мероприятий и способов оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	определить объем, последовательность лечебных мероприятий и оказать неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	навыками определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	тестирование, ситуационные задачи, прием практических навыков, собеседование	Раздел №2,3,4, 5,7,8,9 Семестр № 1,2
		ИД ПК 3.5. Оказывает психиатрическую помощь	способы оказания психиатрической помощи при	оказывать психиатрическую помощь при чрезвы-	навыками оказания психиатрической помощи при	тестирование, ситуа-	тестирование, ситуа-	Раздел №2,3,4, 5,7,8,9 Семестр № 1,2

		при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	чайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	ционные задачи, прием практических навыков, собеседование	ционные задачи, прием практических навыков, собеседование	

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет _32___зачетные единицы, _1152___час.

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры	
			№ 1	№ 2
1		*2*	*3*	*4*
Контактная работа (всего)		**552**	**108**	**126**
в том числе:				
- лекции (Л)		46	22	24
- практические занятия (ПЗ)		506	212	294
Самостоятельная работа (всего)		**528**	**270**	**258**
в том числе:				
- подготовка к занятиям		348	180	168
- подготовка к текущему контролю		144	72	72
- подготовка к промежуточной аттестации		36	18	18
Вид промежуточной аттестации	экзамен	72	36	36
Общая трудоемкость (часы)		1152	252	288
Зачетные единицы		32	15	17

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	*2*	*3*	*4*
1	УК-1	История и организация психиатрической помощи	*Лекции*: Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи населению

			Практические занятия: Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи
2	УК-1 ОПК-4 ПК-2 ПК-3	Пропедевтика в психиатрии	*Практические занятия:* Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический
3	ОПК-4 ПК-2 ПК-3	Общая психопатология	*Лекции*: Расстройства ощущений и восприятия Расстройства мышления Расстройства эмоционально-волевой сферы Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы *Практические занятия:* Расстройства ощущений и восприятия Расстройства мышления Расстройства эмоционально-волевой сферы Нарушения памяти, внимания, интеллекта Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы
4	УК-1 ОПК-5 ОПК-6 ПК-3	Терапия психических расстройств	*Лекции*: Терапия психически больных Биологическая терапия: нейролептики Биологическая терапия: антидепрессанты Биологическая терапия: нормотимики, транквилизаторы, ноотропы Неотложная помощь при психических заболеваниях *Практические занятия:* Биологическая терапия: нейролептики Биологическая терапия: антидепрессанты Биологическая терапия: транквилизаторы Биологическая терапия: нормотимики, ноотропы, психостимуляторы Противоэпилептические препараты Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии Психотерапия. Реабилитация психически больных
5	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ОПК-8 ПК-2 ПК-3	Частная психиатрия	*Лекции*: Шизофрения Аффективные расстройства Невротические расстройства Расстройства личности *Практические занятия:* Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия Аффективные расстройства Эпилепсия: распространенность, этиопатогенез. Клиника. Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус Органические, экзогенные и соматогенные психические

			расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга. Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга. Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при эндокринных заболеваниях, при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Расстройства сна. Психогенные расстройства. Невротические расстройства. Расстройства личности. Умственная отсталость. Задержка психического развития. Алкогольная зависимость. Наркотическая зависимость.
6	ОПК-8	Социальная психиатрия	*Лекции*: Социальная психиатрия. *Практические занятия:* Предмет и задачи социальной психиатрии. Экологическая психиатрия. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения.
7	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-6 ПК-2 ПК-3	Основы детской и подростковой психиатрии	*Лекции*: Основы детской и подростковой психиатрии *Практические занятия:* История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте. Нарушения развития у детей. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства
8	ОПК-4 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Основы судебной психиатрии	*Лекции*: Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы. *Практические занятия:* Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы.
9	ОПК-4 ОПК-7 ПК-2 ПК-3	Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных	*Лекции*: Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных. *Практические занятия:* Организация медико-социальной экспертизы и военной экспертизы.

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	3	4	5	6	7	8	9
1	Наркология	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	Основы психотерапии	+	+	+	+	+	+	+		
3	Пограничные психические расстройства	+	+	+	+	+		+		
4	Шизофрения. Аффективные расстройства	+	+	+	+	+		+		

5	Основы сексологии	+	+	+	+	+		+		
6	Психотерапия пограничных расстройств			+	+	+		+		

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
1	История и организация психиатрической помощи	2	2	8	12
2	Пропедевтика в психиатрии	-	16	28	44
3	Общая психопатология	8	80	108	196
4	Терапия психических расстройств	12	114	126	252
5	Частная психиатрия	12	200	180	392
6	Социальная психиатрия	4	16	16	36
7	Основы детской и подростковой психиатрии	4	48	30	82
8	Основы судебной психиатрии	2	14	18	34
9	Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных	2	16	14	32
	Вид промежуточной аттестации: экзамен				72
	Итого:	46	506	528	1152

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				№1 сем.	№2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи населению.	Предмет, задачи и история психиатрии. Основные этапы, выдающиеся психиатры. «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».	2	
2	3	Расстройства ощущений и восприятия	Расстройства ощущений: гиперестезия, гипостезия, анестезия. Сенестопатии, парестезии. Галлюцинаторный синдром. Расстройства психосенсорного синтеза. Дереализация. Деперсонализация, виды, нозологические особенности	2	
3	3	Расстройства мышления	Паранойяльный бред. Острый чувственный бред: бред инсценировки, бред значения, синдром положительных и отрицательных двойников. Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского–Клерамбо). Парафренный синдром. Синдром бредоподобного фантазирования (дифференциально-диагностический аспект). Резидуальный бред.	2	
4	3	Расстройства эмоционально-волевой сферы	Расстройства настроения. Понятие об аффекте. Депрессивный синдром: “классический” вариант. Прочие варианты депрессий. Маниакальный синдром, варианты. Смешанные состояния, виды, особенности диагностики. Волевые нарушения. Гипербулия, гипобулия, абулия, парабулии. Импульсивные действия. Виды ступора. Виды возбуждения. Кататонический синдром.	2	

5	3	Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы	Критерии расстройств сознания. Степени выключения сознания. Клиника делирия, онейроида, сумеречного нарушения сознания, аменции	2	
6	4	Терапия психически больных	История вопроса. Принцип единства биологических и психосоциальных воздействий. Принцип динамичности и преемственности терапевтических воздействий. Преодоление резистентности больного к терапевтическим воздействиям. Поддерживающая терапия и методы купирования обострений в течение психических заболеваний. Биологическая терапия психических заболеваний: современные формы и методы. Механизмы действия, фармакокинетика, классификация психофармакологических средств. Нейролептики	4	
7	4	Биологическая терапия: нейролептики	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты	2	
8	4	Биологическая терапия: антидепрессанты	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты	2	
9	4	Биологическая терапия: нормотимики, транквилизаторы, ноотропы	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты	2	
10	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях	Неотложная помощь при психических заболеваниях. Неотложная помощь при аффективных состояниях. Неотложная помощь при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при кататонических состояниях, при синдромах помрачения сознания, при фебрильной шизофрении, при эпилептических состояниях, при осложнениях психофармакологической терапии	2	
11	5	Шизофрения	Этиопатогенез шизофрении. Распространенность шизофрении. История вопроса. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы. Клинические классификации шизофрении. Шизофрения в детском и подростковом, инволюционном возрасте. Непрерывно текущая злокачественная (ядерная) форма. Параноидная шизофрения. Непрерывно текущая малопрогредиентная шизофрения. Рекуррентная (периодическая) шизофрения. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения.		4
12	5	Аффективные расстройства	Эпидемиология. История вопроса. Этиологические факторы. Патогенетические гипотезы. Клинические классификации аффективных психозов. Психопатологическая характеристика “классического” варианта депрессий. Атипичные варианты депрессий. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных психозов в зависимости от их выраженности, в зависимости от “знака” аффекта		2
13	5	Невротические расстройства	История вопроса. Этиопатогенез. Зависимость психотерапевтического подхода от представления об этиопатогенезе неврозов. Психодинамическое, бихевиорально-поведенческое, экзистенциальное представление. Невротические синдромы. Соматоформные расстройства. Неврастения. Тревожно-фобические и обсессивные расстройства. Диссоциа-		2

			тивные расстройства. Терапия невротических расстройств. Расстройства адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство		
14	5	Расстройства личности	История вопроса. Эпидемиология. Учение об акцентуациях характера и расстройствах личности. Критерии психопатий Ганнушкина-Кербикова. Классификации расстройств личности. Параноидное (параноическое) расстройство личности. Шизоидное расстройство личности. Диссоциальное расстройство личности. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (импульсивный и пограничный типы). Истерическое, ананкастное, тревожное расстройство личности. Расстройство личности зависимого типа. Смешанные расстройства личности. Динамика расстройств личности. Терапия, психопрофилактика расстройств личности		4
15	6	Социальная психиатрия	Предмет и задачи социальной психиатрии. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения		4
16	7	Основы детско-подростковой психиатрии	История развития. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, акселерация и инфантилизм. Специфические задержки развития отдельных навыков (речи, письма, чтения, счета). Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции. Шизофрения у детей и подростков. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия. Аффективная патология у детей. Невротические расстройства у детей		4
17	8	Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы	Организация судебно-психиатрической экспертизы. Проведение судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы		2
18	9	Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных	Организация медико-социальной и военной экспертизы. Проведение медико-социальной и военной экспертизы. Заключение медико-социальной и военной экспертизы		2
Итого:				**22**	**24**

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				№1 сем.	№2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи	Основные этапы развития психиатрии. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) Особенности развития детско-подростковой психиатрии в России и за рубежом. Предмет и задачи психиатрии на современном этапе Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	2	

2	2	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический.	Клинические методы исследования (беседа, наблюдение, особенности описания психического статуса). Экспериментально-психологические методики для выявления нарушений психических функций. Оформление полученных данных в клинической истории болезни. Первичный и динамический психический статус, общесоматический и неврологический статус, назначения, этапный и выписной эпикризы, катамнез. Общесоматическое исследование больного. Неврологическое исследование больного. Клиническое исследование крови. Клиническое исследование мочи. Биохимическое исследование крови и мочи. Определение содержания психотропных препаратов в крови. Исследование ликвора; бактериологические методы, биохимические методы, коллоидные реакции (Ланге, Нонне-Аппельта, Вейтбрехта). Рентгенологические, пневмоэнцефалографические и ангиографические методы исследования в психиатрии. Электроэнцефалографическое и М-эхографическое исследование. Компьютерная томография в психиатрии. Ядерно-магнитный резонанс (ЯМР) в психиатрии. Генетические методы исследования психически больных, генеалогический метод, близнецовый метод, биохимический метод, цитогенетический метод. Морфологические методы исследования в психиатрии: макроскопические методы, гистологические методы Практическая подготовка	16 из них ПП – 8	
3	3	Расстройства ощущений и восприятия	Понятие об ощущениях и восприятии. Классификация расстройств восприятия и ощущений. Нарушения ощущений (гиперстезия, гипостезия, анестезия, парастезии, сенестопатии). Понятие об иллюзиях и галлюцинациях. Виды иллюзий: физиологические, физические, аффективные, интерпретативные, парейдолические. Виды галлюцинаций (простые и сложные, псевдо- и истинные галлюцинации). Галлюцинаторные синдромы. Нозологические особенности. Деперсонализация и дереализация. Способы выявления нарушений восприятия клиническими и экспериментально-психологическими методами Практическая подготовка	16 из них ПП – 8	
4	3	Расстройства мышления	Определение мышления, виды мышления (наглядно-действенное, конкретно-образное, абстрактно-логическое). Понятие о расстройствах мышления. Классификация мышления по форме. Сверхценные, навязчивые, бредовые идеи, клиника, виды, дифференциальный диагноз. Этапы формирования бреда. Бредовые синдромы. Виды бредовых синдромов, особенности их формирования при различных заболеваниях. Паранойяльный бред: структура, содержание. Острый чувственный бред: бред инсценировки,	16 из них ПП – 8	

			бред значения, синдром положительных и отрицательных двойников. Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского–Клерамбо), бред воздействия, психические автоматизмы, псевдогаллюцинации. Сенесто-ипохондрический синдром. Парафренный синдром. Резидуальный бред. Навязчивости с чувственным (аффективным) содержанием: сомнения, воспоминания, представления, влечения, страхи (фобии), действия, прочие. Отвлеченные навязчивости: “мудрствование”, счет, ритуалы, прочие. Обсессивный ипохондрический синдром. Способы выявления нарушений мышления клиническими и экспериментально-психологическими методами. Понимание рассказов, понимание сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация, исключение, выделение существенных признаков, образование аналогий, определение и сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц и метафор, пиктограммы, ассоциативный эксперимент, подбор антонимов. Особенности выполнения данных методик при различных заболеваниях Практическая подготовка		
5	3	Расстройства эмоционально-волевой сферы	Определение настроения, аффекта, значимость эмоций в жизни человека. Классификация нарушений настроения. Депрессивный синдром: “классический” вариант. Прочие варианты депрессий: тревожная, адинамическая, невротическая, сопровождающаяся бредом, другие. Нозологические особенности. Маниакальный синдром: “классический” вариант. Варианты маниакальных состояний: непродуктивная мания, спутанная мания, гневливая мания, маниакальное состояние с бредом, другие. Смешанные состояния. Физиологический и патологический аффекты. Волевая деятельность, количественные и качественные нарушения. Импульсивные действия. Расстройства двигательной сферы. Виды ступора и возбуждения. Кататонический и гебефренный синдромы. Способы выявления нарушений клиническими и психологическими методами Практическая подготовка	16 из них ПП – 8	
6	3	Нарушения памяти, внимания, интеллекта	Нарушения внимания, причины, методы выявления. Методики для исследования внимания и сенсомоторных реакций: Счет по Крепелину, отсчитывание по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте, пробы на переключение, корректурная проба с переключением. Особенности выполнения данных методик при различной патологии. Классификация расстройств памяти: качественные и количественные. Прогрессирующая амнезия. Парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии, экмнезии). Корсаковский синдром. Амнестический синдром. Тест зрительной и слуховой памяти, пробы на запоминание, опосредованное запоминание. Осо-	16 из них ПП – 8	

			бенности выполнения данных методик при различных заболеваниях. Умственная отсталость, степени. Понятие о ЗПР, виды. Раннее выявление умственной отсталости и ЗПР. Виды деменций (органическая (тотальная и лакунарная), эпилептическая, шизофреническая), их отличительные признаки. Психометрические методы для исследования интеллекта. Метод Векслера, шкала прогрессивных матриц Равена, Гудинаф-тест “Нарисуй человека” Практическая подготовка		
7	3	Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы.	Критерии нарушенного сознания. Классификация нарушений сознания. Снижение и помрачение сознания. Синдромы выключения сознания. Оглушение, сопор, кома. Синдромы помрачения сознания Делирий: классический, профессиональный, мусситирующий. Аменция. Онейроидный синдром: онейрические состояния, грезоподобный вариант, фантастически-иллюзорный вариант. Сумеречное помрачение сознания: галлюцинаторный и параноидный варианты Синдром пароксизмальных расстройств. Генерализованные и парциальные приступы. Классификация пограничных психопатологических синдромов. Виды невротических синдромов. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический, особенности клинической картины Астенический синдром, виды, нозологические особенности Практическая подготовка	16 из них ПП – 8	
8	4	Биологическая терапия: нейролептики	Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	
9	4	Биологическая терапия: антидепрессанты	Антидепрессанты (тимоаналептики): механизм действия и клиническая фармакология антидепрессантов, современная классификация, клиническое применение и прогноз, сравнительные спектры клинического действия, основные приемы и тактика лечения терапевтически резистентных депрессий, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	
10	4	Биологическая терапия: транквилизаторы	Транквилизаторы: механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	
11	4	Биологическая терапия: нормотимики, ноотропы, психостимуляторы	Нормотимики (тимоизолептики): классификация и механизм действия, методика терапии и сравнительные фармакокинетические параметры, клиническое применение и прогноз. Ноотропы. Классификация. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты. Психостимуляторы. Классификация. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	

12	4	Противоэпилептические препараты	Противоэпилептические препараты: механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка	8 из них ПП – 2	
13	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях	Неотложная помощь при психических заболеваниях. Неотложная помощь при аффективных состояниях. Неотложная помощь при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при кататонических состояниях Практическая подготовка	14 из них ПП – 8	
14	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии	Неотложная помощь при синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии. Практическая подготовка	12 из них ПП – 6	
15	4	Психотерапия. Реабилитация психически больных	История развития психотерапии. Теоретические основы психотерапии. Направления, формы психотерапии. Классификации. Методы, показания к применению. Индивидуальная рациональная психотерапия. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение). Аутогенная тренировка. Психоанализ. Гештальт-терапия. Бихевиорально-когнитивная терапия. Групповая психотерапия. Игровая психотерапия. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия. Семейная психокоррекция. Психотерапия расстройств личности, невротических и соматоформных расстройств, депрессий, при шизофрении. Понятие о реабилитации больных. Теоретические основы, формы, методы. Психотерапевтические методы. Социальная реабилитация. Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	
16	5	Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения	Эпидемиология шизофрении, история. Этиология, патогенез. Критерии по МКБ-10. Облигатные и факультативные признаки. Формы шизофрении (простая, кататоническая, гебефреническая, параноидная). Типы течения. Практическая подготовка		12 из них ПП – 6
17	5	Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия.	Понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика. Принципы медикаментозной терапии и реабилитации. Нервная анорексия, булимия. Практическая подготовка		12 из них ПП – 6
18	5	Аффективные расстройства	Аффективные расстройства. Классификация. Биполярное аффективное расстройство, клиника, диагностика, особенности терапии. Маниакальные и депрессивные эпизоды, клиника, терапия. Дифференциальная диагностика. Понятие о циклотимии и дистимии. Суицидальные действия, причины, виды. Методы выявления суицидальной настроенности. Особенности психотерапевтической и психологической работы с лицами, совершившими суицидальную попытку Практическая подготовка		16 из них ПП – 8

19	5	Эпилепсия: распространенность, этиопатогенез. Клиника	Эпилепсия, распространенность, этиопатогенез. Клиника. Инициальные проявления, эпилептические реакции, эпилептиформный синдром. Классификация генерализованных и парциальных приступов, особенности клиники, диагностики. Изменение личности при эпилепсии, снижение интеллекта. Практическая подготовка		16 из них ПП – 8
20	5	Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус.	Виды эпилептических психозов. Принципы терапии эпилепсии, противоэпилептические препараты. Эпилептический статус, виды, причины. Неотложная терапия. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
21	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга	Психические расстройства при атрофических процессах головного мозга. История вопроса. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. Неврологические и соматические нарушения при атрофических процессах головного мозга. Данные лабораторных исследований. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе сосудов, гипертонической болезни). Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Функциональные психозы позднего возраста Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
22	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга	Психические нарушения при черепно-мозговой травме, психопатологические синдромы в остром, начальном и периоде отдаленных последствий. Синдромальная терапия. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при энцефалитах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
23	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при эндокринных заболеваниях, при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Расстройства сна.	Психические расстройства при эндокринных заболеваниях. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика Этиология, патогенез, клиника, диагностика психические расстройства при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика. Этиология, патогенез, клиника симптоматических психозов. Этапы диагностики. Подходы к терапии. Расстройства сна, причины, терапия Практическая подготовка		16 из них ПП – 8

24	5	Психогенные расстройства.	Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики. Психогенные реакции, состояния, психозы. Острая реакция на стресс, психогенные расстройства в условиях ЧС. Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная депрессия и параноид). Неотложная помощь. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
25	5	Невротические расстройства.	Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических расстройств по МКБ-10. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
26	5	Расстройства личности	Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии. Темперамент, типы, их характеристика. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера. Личность. Уровень зрелости личности. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко. Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях). Личностные расстройства. Этиопатогенез. Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия. Практическая подготовка		16 из них ПП – 8
27	5	Умственная отсталость. Задержка психического развития	Умственная отсталость, этиология, патогенез, классификация, клиника, степени умственной отсталости, терапия, полипрофессиональная реабилитация. Ранняя диагностика интеллектуальной недостаточности. ЗПР, этиология, патогенез, клиника, степени, терапия, полипрофессиональная реабилитация. Практическая подготовка		16 из них ПП – 8

28	5	Алкогольная зависимость.	Синдром измененного опьянения. Алкогольный абстинентный синдром. Первичное патологическое влечение к алкоголю. Форма злоупотребления алкоголем. Стадии течения алкоголизма. Течение заболевания с различной прогредиентностью. Комбинации алкоголизма с психическими заболеваниями. Практическая подготовка		12 из них ПП – 6
29	5	Наркотическая зависимость.	Симптомокомплекс наркотического опьянения. Психическая зависимость от наркотика. Изменение толерантности к наркотику. Изменения личности. Стадии наркоманий. Шкала наркогенности психоактивных веществ. Отдельные формы наркоманий. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
30	6	Предмет и задачи социальной психиатрии. Экологическая психиатрия. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения	Предмет и задачи социальной психиатрии. Понятие социальной психиатрии. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения. Применение социально-гигиенических методик сбора информации о показателях здоровья взрослых и подростков Практическая подготовка		16 из них ПП – 4
31	7	История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте. Нарушения развития у детей.	История развития. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, акселерация и инфантилизм. Специфические задержки развития отдельных навыков (речи, письма, чтения, счета). Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия Практическая подготовка		16 из них ПП – 8
32	7	Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология	Шизофрения у детей и подростков, типы течения, особенности терапии. Ранний детский аутизм, этиопатогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, терапия. Аффективная патология у детей. Практическая подготовка		16 из них ПП – 6
33	7	Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства	Расстройства эмоций и поведения в детском возрасте. Невротические расстройства у детей и подростков. Практическая подготовка		16 из них ПП – 6
34	8	Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы.	Организация судебно-психиатрической экспертизы. Проведение судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы. Практическая подготовка		14 из них ПП – 6
35	9	Организация медико-социальной и военной экспертизы	Основные принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ). Врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭ. Группы инвалидности при психических заболеваниях.		16 из них ПП – 8

			Основные принципы проведения военной экспертизы. Военно-врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Показания к направлению на военно-врачебную экспертизу Практическая подготовка		
Итого:				**212**	**294**

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	История и организация психиатрической помощи	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	8
2		Пропедевтика в психиатрии	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	28
3		Общая психопатология	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	108
1		Терапия психических расстройств	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	126
Итого часов в 1 семестре:				270
1	2	Частная психиатрия	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	180
2		Социальная психиатрия	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	16
3		Основы детской и подростковой психиатрии	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	30
4		Основы судебной психиатрии	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	18
5		Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных	подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю, подготовка к промежуточной аттестации	14
Итого часов во 2 семестре:				258
Всего часов на самостоятельную работу:				**528**

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

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

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
1	Психиатрия: учебник	Н.Г. Незнанов	М.: Гэотар-Медиа, 2020	-	+
2	Психиатрия: национальное руководство	ред.: Ю.А. Александровский, Н. Г. Незнанов	М.: Гэотар-Медиа, 2022	2	+
3	Национальное руководство по суицидологии	ред. Б.С. Положий	М: Медицинское информационное агентство, 2019	4	-

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
1	Психосоматические расстройства: руководство	В.Д. Тополянский и др.	М.: Гэотар-Медиа, 2021	6	+
2	Катастрофы и психическое здоровье	Ю.А. Александровский	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020	3	+
3	Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие	Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина.	М.: ИНФРА-М, 2021	2	-
4	Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей	Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.	4	+
5	Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей	Ю.Б. Можгинский	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 296 с.: ил	10	+
6	Психотерапия: учебник	ред.: А.В. Васильева [и др.].	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023 - 864 с.: ил	6	+
7	Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп.	А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020	6	+
8	Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие	М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ. - Киров: Кировский ГМУ, 2020	10	+
9	Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие	М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ. - Киров: Кировский ГМУ, 2020	15	+

4.2. Нормативная база

Стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)	F41.1 Генерализованное тревожное расстройство F45 Соматоформные расстройства	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1225н

Клинические рекомендации «Шизофрения»	F20.0 – F20.9	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Паническое расстройство»	F41.0	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство»	F41.1	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста»	F00-03. G30-31. I67-69	взрослые	Одобрено научно-практическим советом Минздрава РФ 2020
Клинические рекомендации «Обсессивно-компульсивное расстройство»	F42.0 – F42.9	взрослые	Утверждены РОП 05.07.2021
Клинические рекомендации «Биполярное аффективное расстройство»	F31.0 – F31.9	взрослые	Утверждены РОП 24.08.2021
Клинические рекомендации «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста»	F05	взрослые	Одобрено научно-практическим советом Минздрава РФ 2022

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 №668н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения".

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

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

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

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

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №034010001091300043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
3. Договор Windows (версия 2007) №034010001091300043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
4. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 28.08.2023 до 05.09.2024 г., номер лицензии 2B1E-230828-053354-7-7731
6. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

7. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
8. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Основное учебное время выделяется на *контактную работу.*

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

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по специальности 31.08.20 Психиатрия.

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

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи населению», «Расстройства ощущений и восприятия», «Расстройства мышления», «Расстройства эмоционально-волевой сферы», «Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы», «Терапия психически больных», «Биологическая терапия: нейролептики», «Биологическая терапия: антидепрессанты», «Биологическая терапия: нормотимики, транквилизаторы, ноотропы», «Неотложная помощь при психических заболеваниях», «Шизофрения», «Аффективные расстройства», «Социальная психиатрия», «Основы детской и подростковой психиатрии», «Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы», «Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных». 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 экзамену, 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 постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Невротические расстройства» и «Расстройства личности».

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области психиатрии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

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

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

При изучении дисциплины используются следующие формы семинарских и практических занятий:

- семинар традиционный по темам: «Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи», «Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический».
- практические занятия с дискуссиями в микрогруппах после демонстрации пациентов по темам: «Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы», «Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения», «Расстройства личности», «Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга», «Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус» и другие;
- практические занятия с методом дискуссии с мозговым штурмом по темам: «Умственная отсталость. Задержка психического развития», «Организация медико-социальной экспертизы и военной экспертизы», «Биологическая терапия: нейролептики»;
- конференция по теме «Психотерапия. Реабилитация психически больных»;
- учебно-ролевая игра по темам «Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях» и «Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии».

Самостоятельная работа:

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

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Психиатрия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины, обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно готовят обзоры научной литературы, проводят работу с больными, оформляют истории болезни и представляют их на занятиях. Обзор научной литературы, написание учебной истории болезни способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ре-

сурсов, способствуют формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, курации пациентов с психическими расстройствами по изучаемой теме.

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

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

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

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.09.2022, приказ № 483-ОД.

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

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

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

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

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

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

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

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

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

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

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

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

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

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

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

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

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

знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

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

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

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

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

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

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

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

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

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное 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 экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

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

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

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

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

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

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

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

8.1. Выбор методов обучения

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

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

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

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

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

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

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

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

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

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

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

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

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

1) <u>для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:</u>

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;

- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;

- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

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

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины «ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия (3++)
Профиль - Психиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева
Авторы: заведующий кафедрой М.В. Злоказова

На 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **3.4. Тематический план лекций** изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				№1 сем.	№2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи населению.	Предмет, задачи и история психиатрии. Основные этапы, выдающиеся психиатры. «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».	2	
2	3	Расстройства ощущений и восприятия	Расстройства ощущений: гиперестезия, гипостезия, анестезия. Сенестопатии, парестезии. Галлюцинаторный синдром. Расстройства психосенсорного синтеза. Дереализация. Деперсонализация, виды, нозологические особенности	2	
3	3	Расстройства мышления	Паранойяльный бред. Острый чувственный бред: бред инсценировки, бред значения, синдром положительных и отрицательных двойников. Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского–Клерамбо). Парафренный синдром. Синдром бредоподобного фантазирования (дифференциально-диагностический аспект). Резидуальный бред.	2	
4	3	Расстройства эмоционально-волевой сферы	Расстройства настроения. Понятие об аффекте. Депрессивный синдром: “классический” вариант. Прочие варианты депрессий. Маниакальный синдром, варианты. Смешанные состояния, виды, особенности диагностики. Волевые нарушения. Гипербулия, гипобулия, абулия, парабулии. Импульсивные действия. Виды ступора. Виды возбуждения. Кататонический синдром.	2	
5	3	Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы	Критерии расстройств сознания. Степени выключения сознания. Клиника делирия, онейроида, сумеречного нарушения сознания, аменции	2	
6	4	Терапия психически больных. Психосоциальные аспекты лечения и реабилитации пациентов.	История вопроса. Принцип единства биологических и психосоциальных воздействий. Принцип динамичности и преемственности терапевтических воздействий. Преодоление резистентности больного к терапевтическим воздействиям. Поддерживающая терапия и методы купирования обострений в течение психических заболеваний. Биологическая терапия психических заболеваний: современные формы и методы.	4	

		Телемедицина в психиатрии: возможности и вызовы	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация психофармакологических средств. Психосоциальные аспекты лечения и реабилитации пациентов. Телемедицина в психиатрии: возможности и вызовы		
7	4	Биологическая терапия: нейролептики, антидепрессанты	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты	2	
8	4	Биологическая терапия: нормотимики, транквилизаторы, ноотропы	Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты	2	
9	4	Современные подходы в психотерапии и психофармакологии	Новые препараты в психиатрии. Механизмы действия, фармакокинетика, классификация, показания к применению, побочные эффекты. Об эффективности психотерапевтических методов в лечении пациентов с психическими расстройствами.	2	
10	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях	Неотложная помощь при психических заболеваниях. Неотложная помощь при аффективных состояниях. Неотложная помощь при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при кататонических состояниях, при синдромах помрачения сознания, при фебрильной шизофрении, при эпилептических состояниях, при осложнениях психофармакологической терапии	2	
11	5	Шизофрения	Этиопатогенез шизофрении. Распространенность шизофрении. История вопроса. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы. Клинические классификации шизофрении. Шизофрения в детском и подростковом, инволюционном возрасте. Непрерывно текущая злокачественная (ядерная) форма. Параноидная шизофрения. Непрерывно текущая малопрогредиентная шизофрения. Рекуррентная (периодическая) шизофрения. Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения.		4
12	5	Аффективные расстройства	Эпидемиология. История вопроса. Этиологические факторы. Патогенетические гипотезы. Клинические классификации аффективных психозов. Психопатологическая характеристика “классического” варианта депрессий. Атипичные варианты депрессий. Психопатологическая характеристика маний. Формы течения аффективных психозов в зависимости от их выраженности, в зависимости от “знака” аффекта		2
13	5	Невротические расстройства	История вопроса. Этиопатогенез. Зависимость психотерапевтического подхода от представления об этиопатогенезе неврозов. Психодинамическое, бихевиорально-поведенческое, экзистенциальное представление. Невротические синдромы. Соматоформные расстройства. Неврастения. Тревожно-фобические и обсессивные расстройства. Диссоциативные расстройства. Терапия невротических расстройств. Расстройства адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство		2
14	5	Расстройства личности	История вопроса. Эпидемиология. Учение об акцентуациях характера и расстройствах личности. Критерии психопатий Ганнушкина-Кербикова. Классификации расстройств личности. Параноидное (параноическое) расстройство личности. Шизоидное расстройство личности. Диссоциальное расстройство личности. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (импульсивный и пограничный типы).		4

			Истерическое, ананкастное, тревожное расстройство личности. Расстройство личности зависимого типа. Смешанные расстройства личности. Динамика расстройств личности. Терапия, психопрофилактика расстройств личности		
15	6	Социальная психиатрия	Предмет и задачи социальной психиатрии. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения		4
16	7	Основы детско-подростковой психиатрии	История развития. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, акселерация и инфантилизм. Специфические задержки развития отдельных навыков (речи, письма, чтения, счета). Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции. Шизофрения у детей и подростков. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия. Аффективная патология у детей. Невротические расстройства у детей		4
17	8	Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы	Организация судебно-психиатрической экспертизы. Проведение судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы		2
18	9	Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных	Организация медико-социальной и военной экспертизы. Проведение медико-социальной и военной экспертизы. Заключение медико-социальной и военной экспертизы		2
Итого:				**22**	**24**

2. Пункт **3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)** изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				№1 сем.	№2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи	Основные этапы развития психиатрии. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) Особенности развития детско-подростковой психиатрии в России и за рубежом. Предмет и задачи психиатрии на современном этапе Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».	2	
2	2	Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический.	Клинические методы исследования (беседа, наблюдение, особенности описания психического статуса). Экспериментально-психологические методики для выявления нарушений психических функций. Оформление полученных данных в клинической истории болезни. Первичный и динамический	16 из них ПП – 8	

			психический статус, общесоматический и неврологический статус, назначения, этапный и выписной эпикризы, катамнез. Общесоматическое исследование больного. Неврологическое исследование больного. Клиническое исследование крови. Клиническое исследование мочи. Биохимическое исследование крови и мочи. Определение содержания психотропных препаратов в крови. Исследование ликвора; бактериологические методы, биохимические методы, коллоидные реакции (Ланге, Нонне-Аппельта, Вейтбрехта). Рентгенологические, пневмоэнцефалографические и ангиографические методы исследования в психиатрии. Электроэнцефалографическое и М-эхографическое исследование. Компьютерная томография в психиатрии. Ядерно-магнитный резонанс (ЯМР) в психиатрии. Генетические методы исследования психически больных, генеалогический метод, близнецовый метод, биохимический метод, цитогенетический метод. Морфологические методы исследования в психиатрии: макроскопические методы, гистологические методы Практическая подготовка.		
3	3	Расстройства ощущений и восприятия	Понятие об ощущениях и восприятии. Классификация расстройств восприятия и ощущений. Нарушения ощущений (гиперстезия, гипостезия, анестезия, парастезии, сенестопатии). Понятие об иллюзиях и галлюцинациях. Виды иллюзий: физиологические, физические, аффективные, интерпретативные, парейдолические. Виды галлюцинаций (простые и сложные, псевдо- и истинные галлюцинации). Галлюцинаторные синдромы. Нозологические особенности. Деперсонализация и дереализация. Способы выявления нарушений восприятия клиническими и экспериментально-психологическими методами Практическая подготовка	16 из них ПП – 8	
4	3	Расстройства мышления	Определение мышления, виды мышления (наглядно-действенное, конкретно-образное, абстрактно-логическое). Понятие о расстройствах мышления. Классификация мышления по форме. Сверхценные, навязчивые, бредовые идеи, клиника, виды, дифференциальный диагноз. Этапы формирования бреда. Бредовые синдромы. Виды бредовых синдромов, особенности их формирования при различных заболеваниях. Паранойяльный бред: структура, содержание. Острый чувственный бред: бред инсценировки, бред значения, синдром положительных и отрицательных двойников. Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского–Клерамбо), бред воздействия, психические автоматизмы, псевдогаллюцинации.	16 из них ПП – 8	

			Сенесто-ипохондрический синдром. Парафренный синдром. Резидуальный бред. Навязчивости с чувственным (аффективным) содержанием: сомнения, воспоминания, представления, влечения, страхи (фобии), действия, прочие. Отвлеченные навязчивости: “мудрствование”, счет, ритуалы, прочие. Обсессивный ипохондрический синдром. Способы выявления нарушений мышления клиническими и экспериментально-психологическими методами. Понимание рассказов, понимание сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация, исключение, выделение существенных признаков, образование аналогий, определение и сравнение понятий, понимание переносного смысла пословиц и метафор, пиктограммы, ассоциативный эксперимент, подбор антонимов. Особенности выполнения данных методик при различных заболеваниях Практическая подготовка.		
5	3	Расстройства эмоционально-волевой сферы	Определение настроения, аффекта, значимость эмоций в жизни человека. Классификация нарушений настроения. Депрессивный синдром: “классический” вариант. Прочие варианты депрессий: тревожная, адинамическая, невротическая, сопровождающаяся бредом, другие. Нозологические особенности. Маниакальный синдром: “классический” вариант. Варианты маниакальных состояний: непродуктивная мания, спутанная мания, гневливая мания, маниакальное состояние с бредом, другие. Смешанные состояния. Физиологический и патологический аффекты. Волевая деятельность, количественные и качественные нарушения. Импульсивные действия. Расстройства двигательной сферы. Виды ступора и возбуждения. Кататонический и гебефренный синдромы. Способы выявления нарушений клиническими и психологическими методами Практическая подготовка.	16 из них ПП – 8	
6	3	Нарушения памяти, внимания, интеллекта	Нарушения внимания, причины, методы выявления. Методики для исследования внимания и сенсомоторных реакций: Счет по Крепелину, отсчитывание по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте, пробы на переключение, корректурная проба с переключением. Особенности выполнения данных методик при различной патологии. Классификация расстройств памяти: качественные и количественные. Прогрессирующая амнезия. Парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии, экмнезии). Корсаковский синдром. Амнестический синдром. Тест зрительной и слуховой памяти, пробы на запоминание, опосредованное запоминание.	16 из них ПП – 8	

			Особенности выполнения данных методик при различных заболеваниях. Умственная отсталость, степени. Понятие о ЗПР, виды. Раннее выявление умственной отсталости и ЗПР. Виды деменций (органическая (тотальная и лакунарная), эпилептическая, шизофреническая), их отличительные признаки. Психометрические методы для исследования интеллекта. Метод Векслера, шкала прогрессивных матриц Равена, Гудинаф-тест “Нарисуй человека” Практическая подготовка.		
7	3	Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы.	Критерии нарушенного сознания. Классификация нарушений сознания. Снижение и помрачение сознания. Синдромы выключения сознания. Оглушение, сопор, кома. Синдромы помрачения сознания Делирий: классический, профессиональный, мусситирующий. Аменция. Онейроидный синдром: онейрические состояния, грезоподобный вариант, фантастически-иллюзорный вариант. Сумеречное помрачение сознания: галлюцинаторный и параноидный варианты Синдром пароксизмальных расстройств. Генерализованные и парциальные приступы. Классификация пограничных психопатологических синдромов. Виды невротических синдромов. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический, особенности клинической картины Астенический синдром, виды, нозологические особенности Практическая подготовка.	16 из них ПП – 8	
8	4	Биологическая терапия: нейролептики	Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения Практическая подготовка.	16 из них ПП – 6	
9	4	Биологическая терапия: антидепрессанты	Антидепрессанты (тимоаналептики): механизм действия и клиническая фармакология антидепрессантов, современная классификация, клиническое применение и прогноз, сравнительные спектры клинического действия, основные приемы и тактика лечения терапевтически резистентных депрессий, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка.	16 из них ПП – 6	
10	4	Биологическая терапия: транквилизаторы	Транквилизаторы: механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка.	16 из них ПП – 6	
11	4	Биологическая терапия: нормотимики, ноотропы, психостимуляторы	Нормотимики (тимоизолептики): классификация и механизм действия, методика терапии и сравнительные фармакокинетические параметры, клиническое применение и прогноз. Ноотропы. Классификация. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты. Психостимуляторы. Классификация. Показания. Противопоказания. Побочные эффекты Практическая подготовка	16 из них ПП – 6	

12	4	Противоэпилептические препараты	Противоэпилептические препараты: механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения. Практическая подготовка.	8 из них ПП – 2	
13	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях	Неотложная помощь при психических заболеваниях. Неотложная помощь при аффективных состояниях. Неотложная помощь при галлюцинаторно-бредовых состояниях, при кататонических состояниях Практическая подготовка.	14 из них ПП – 8	
14	4	Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологическо й терапии	Неотложная помощь при синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии. Практическая подготовка.	12 из них ПП – 6	
15	4	Психотерапия. Реабилитация психически больных	История развития психотерапии. Теоретические основы психотерапии. Направления, формы психотерапии. Классификации. Методы, показания к применению. Индивидуальная рациональная психотерапия. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение). Аутогенная тренировка. Психоанализ. Гештальт-терапия. Бихевиорально-когнитивная терапия. Групповая психотерапия. Игровая психотерапия. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия. Семейная психокоррекция. Психотерапия расстройств личности, невротических и соматоформных расстройств, депрессий, при шизофрении. Понятие о реабилитации больных. Теоретические основы, формы, методы. Психотерапевтические методы. Социальная реабилитация. Практическая подготовка.	16 из них ПП – 6	
16	5	Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения	Эпидемиология шизофрении, история. Этиология, патогенез. Критерии по МКБ-10. Облигатные и факультативные признаки. Формы шизофрении (простая, кататоническая, гебефреническая, параноидная). Типы течения. Практическая подготовка.		12 из них ПП – 6
17	5	Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия.	Понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика. Принципы медикаментозной терапии и реабилитации. Нервная анорексия, булимия. Практическая подготовка.		12 из них ПП – 6
18	5	Аффективные расстройства	Аффективные расстройства. Классификация. Биполярное аффективное расстройство, клиника, диагностика, особенности терапии. Маниакальные и депрессивные эпизоды, клиника, терапия. Дифференциальная диагностика. Понятие о циклотимии и дистимии. Суицидальные действия, причины, виды. Методы выявления суицидальной настроенности. Особенности		16 из них ПП – 8

			психотерапевтической и психологической работы с лицами, совершившими суицидальную попытку Практическая подготовка. *Разбор клинических кейсов.*		
19	5	Эпилепсия: распространенность, этиопатогенез. Клиника	Эпилепсия, распространенность, этиопатогенез. Клиника. Инициальные проявления, эпилептические реакции, эпилептиформный синдром. Классификация генерализованных и парциальных приступов, особенности клиники, диагностики. Изменение личности при эпилепсии, снижение интеллекта. Практическая подготовка.		16 из них ПП – 8
20	5	Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус.	Виды эпилептических психозов. Принципы терапии эпилепсии, противоэпилептические препараты. Эпилептический статус, виды, причины. Неотложная терапия. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
21	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга	Психические расстройства при атрофических процессах головного мозга. История вопроса. Данные об эпидемиологии и этиопатогенезе. Современные клинические классификации атрофических процессов головного мозга, принятые в РФ и за рубежом. Сенильная деменция (старческое слабоумие). Болезнь Альцгеймера. Болезнь Пика. Хорея Гентингтона. Болезнь Паркинсона. Неврологические и соматические нарушения при атрофических процессах головного мозга. Данные лабораторных исследований. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (атеросклерозе сосудов, гипертонической болезни). Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Функциональные психозы позднего возраста Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
22	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга	Психические нарушения при черепно-мозговой травме, психопатологические синдромы в остром, начальном и периоде отдаленных последствий. Синдромальная терапия. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при энцефалитах. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6

23	5	Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при эндокринных заболеваниях, при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Расстройства сна.	Психические расстройства при эндокринных заболеваниях. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика Этиология, патогенез, клиника, диагностика психические расстройства при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика. Этиология, патогенез, клиника симптоматических психозов. Этапы диагностики. Подходы к терапии. Расстройства сна, причины, терапия Практическая подготовка.		16 из них ПП – 8
24	5	Психогенные расстройства.	Понятие о психогенных расстройствах, критерии диагностики. Психогенные реакции, состояния, психозы. Острая реакция на стресс, психогенные расстройства в условиях ЧС. Расстройства реакции адаптации. Реактивные психозы: острые и затяжные (реактивная депрессия и параноид). Неотложная помощь. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
25	5	Невротические расстройства.	Определение понятия «невротические расстройства». Причины невротических расстройств, предрасполагающие факторы. Значение патологических типов воспитания для формирования невротической личности. Клинические разновидности невротических расстройств, их проявления. Классификация невротических расстройств по МКБ-10. Неврастения. Дифференциальный диагноз с неврастеноподобной симптоматикой при других заболеваниях. Невротическое развитие личности. Виды лечения и профилактические мероприятия. Клиника тревожных расстройств, панические атаки. Клинические проявления обсессивно-фобического и обсессивно-компульсивного неврозов. Дифференциальная диагностика от эндогенных заболеваний. Клиника диссоциативного (истерического) невротического расстройства. Соматические и неврологические проявления диссоциативных расстройств. Дифференциальная диагностика истерического припадка от эпилептического, диссоциативных параличей и парезов. Невротическое развитие личности. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
26	5	Расстройства личности	Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). Концепция отношений личности В.Н. Мясищева, ее значение для медицинской психологии. Темперамент, типы, их характеристика. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера. Личность. Уровень зрелости личности. Акцентуации характера, классификация по А.Е. Личко. Патохарактерологические реакции. Понятие о личностных расстройствах (психопатиях). Личностные расстройства. Этиопатогенез.		16 из них ПП – 8

			Критерии диагностики личностных расстройств по Ганнушкину-Кербикову. Классификация личностных расстройств по МКБ-10, клиника, дифференциальная диагностика терапия. Практическая подготовка.		
27	5	Умственная отсталость. Задержка психического развития	Умственная отсталость, этиология, патогенез, классификация, клиника, степени умственной отсталости, терапия, полипрофессиональная реабилитация. Ранняя диагностика интеллектуальной недостаточности. ЗПР, этиология, патогенез, клиника, степени, терапия, полипрофессиональная реабилитация. Практическая подготовка		16 из них ПП – 8
28	5	Алкогольная зависимость.	Синдром измененного опьянения. Алкогольный абстинентный синдром. Первичное патологическое влечение к алкоголю. Форма злоупотребления алкоголем. Стадии течения алкоголизма. Течение заболевания с различной прогредиентностью. Комбинации алкоголизма с психическими заболеваниями. Практическая подготовка.		12 из них ПП – 6
29	5	Наркотическая зависимость.	Симптомокомплекс наркотического опьянения. Психическая зависимость от наркотика. Изменение толерантности к наркотику. Изменения личности. Стадии наркоманий. Шкала наркогенности психоактивных веществ. Отдельные формы наркоманий. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
30	6	Предмет и задачи социальной психиатрии. Экологическая психиатрия. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения	Предмет и задачи социальной психиатрии. Понятие социальной психиатрии. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения. Применение социально-гигиенических методик сбора информации о показателях здоровья взрослых и подростков Практическая подготовка.		16 из них ПП – 4
31	7	История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте. Нарушения развития у детей.	История развития. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, акселерация и инфантилизм. Специфические задержки развития отдельных навыков (речи, письма, чтения, счета). Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия Практическая подготовка.		16 из них ПП – 8
32	7	Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология	Шизофрения у детей и подростков, типы течения, особенности терапии. Ранний детский аутизм, этиопатогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, терапия. Аффективная патология у детей. Практическая подготовка.		16 из них ПП – 6
33	7	Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства	Расстройства эмоций и поведения в детском возрасте. Невротические расстройства у детей и подростков. Практическая подготовка.		16 из них ПП – 6

34	8	Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы.	Организация судебно-психиатрической экспертизы. Проведение судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы. Практическая подготовка.		14 из них ПП – 6
35	9	Организация медико-социальной и военной экспертизы	Основные принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ). Врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭ. Группы инвалидности при психических заболеваниях. Основные принципы проведения военной экспертизы. Военно-врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Показания к направлению на военно-врачебную экспертизу Практическая подготовка.		16 из них ПП – 8
Итого:				**212**	**294**

3. В пункте «Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)»

Практические занятия: добавить

По темам «Шизофрения» и «Аффективные расстройства» проводятся круглые столы по обмену опытом с участием практикующих психиатров

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
12 апреля 2025 г. Протокол № 9
Зав. кафедрой М.В. Злоказова

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
17 апреля 2025 г., протокол № 4

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины «ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия (3++)
Направленность (профиль) - Психиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева
Авторы: заведующий кафедрой М.В. Злоказова

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»:**
п. 5. изменить и читать в следующей редакции:
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841.

2. Пункт **«4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)»** изменить и читать в следующей редакции:
В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	*Номер кабинета, адрес*	*Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях*
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	конференц-зал (4 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	№1, 2 (5 этаж административного корпуса КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий (наборы таблиц, мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины, видеофильмы, ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам), нормативно-правовые документы
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№1, 2 (5 этаж административного корпуса КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий (наборы таблиц, мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины, видеофильмы, ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам), нормативно-правовые документы
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	№1, 2 (5 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул. Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
помещения для самостоятельной работы	№2 (5 этаж административного корпуса) КОГКБУЗ ЦППЗ им. акад. В.М. Бехтерева, г. Киров, п. Ганино, ул.	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с возможностью выхода к сети

	Майская, 1 (договор №02/ДС от 07.02.2019) читальный зал библиотеки г. Киров, ул. Владимирская,137 (1 корпус)	«Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс"

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

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“ 17 ” сентября 2025 г. Протокол № 2

Зав. кафедрой М.В. Злоказова

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:

И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия (3++)
Направленность (профиль) - Психиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева
Авторы: заведующий кафедрой М.В. Злоказова

С 2025 / 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)», **Практические занятия** дополнить и читать в следующей редакции:

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области психиатрии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

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

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

При изучении дисциплины используются следующие формы семинарских и практических занятий:

- семинар традиционный по темам: «Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи», «Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический».
- практические занятия с дискуссиями в микрогруппах после демонстрации пациентов по темам: «Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы», «Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения», «Расстройства личности», «Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга», «Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус» и другие;
- практические занятия с методом дискуссии с мозговым штурмом по темам: «Умственная отсталость. Задержка психического развития», «Организация медико-социальной экспертизы и военной экспертизы», «Биологическая терапия: нейролептики»;
- конференция по теме «Психотерапия. Реабилитация психически больных»;
- учебно-ролевая игра по темам «Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях» и «Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии».
- *создание клинических случаев с использованием технологии искусственного интеллекта с последующим разбором и анализом по темам «Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия», «Аффективные расстройства», «Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга»*

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«26» января 2026 г., протокол № 6
Зав. кафедрой М.В. Злоказова

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

«Психиатрия»

Специальность 31.08.20 Психиатрия
Направленность программы – Психиатрия
Форма обучения очная

Раздел 1. История и организация психиатрической помощи
Тема 1.1. Предмет, задачи и история психиатрии. Закон РФ об оказании психиатрической помощи. Организация психиатрической помощи.
Цель: способствовать формированию знаний по истории и организационным вопросам психиатрии, а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
Задачи:
1. Изучить предмет, задачи и разделы психиатрии на современном этапе.
2. Рассмотреть основные этапы развития психиатрии.
3. Изучить основные западные школы психиатров: немецкая, французская, английская, американская.
4. Рассмотреть и изучить основные положения закона РФ от 2 июля 1992 года N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
5. Сформировать знания о неотложных патологических состояниях у пациентов, при которых необходима неотложная госпитализация в психиатрический стационар.

Обучающийся должен знать:
1) До изучения темы:
- базисные знания по основным разделам, общее представление об организационных вопросах психиатрии.
2) После изучения темы:
- история развития, предмет, задачи и разделы психиатрии;
- основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Обучающийся должен уметь:
- применять на практике основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», а именно: знать показания к госпитализации психически больных, порядок помещения больного в стационар, условия и порядок недобровольной госпитализации, правовое обеспечение амбулаторной психиатрической помощи и диспансерного наблюдения при различных психических заболеваниях, его задачи, условия постановки больного на учет.
- заполнить медицинскую документацию при госпитализации пациентов в психиатрический стационар

Обучающийся должен владеть:
- навыками определения показаний для госпитализации в психиатрический стационар, в том числе в недобровольном порядке;

- навыками заполнения медицинской документации при госпитализации пациентов в психиатрический стационар.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Психиатрия: определение, ее предмет, задачи и разделы.
2. Основные этапы развития психиатрии.
3. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом (направления отечественной и мировой психиатрии).
4. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) и их вклад в развитие науки;
5. Порядок оказания психиатрической помощи в России: амбулаторная помощь; госпитализация в стационар, виды стационаров; косультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение.
6. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
7. Этико-деонтологические аспекты психиатрии.

2. Решить тестовые задания:

1. Соблюдение врачебной тайны необходимо
   а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
   б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
   в) для защиты социальных и экономических интересов личности
   г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
   д) для поддержания престижа медицинской профессии
   е) для всего перечисленного
2. Документами для составления годового отчета о деятельности поликлиники являются:
   а) статистический талон заключительных (уточненных) диагнозов
   б) дневник (журнал) врача
   в) контрольная карта диспансерного наблюдения больного
   г) листок учета больных и коечного фонда
   д) карта выбывшего из стационара
3. Основные профессиональные обязанности и права медицинских и фармацевтических работников регламентируются:
   а) нормами уголовного и гражданского права РФ
   б) нормами врачебной этики и деонтологии
   в) ведомственными приказами, положениями, инструкциями
   г) нормативами отраслевого профсоюза
   д) условиями трудового договора
4. Одной из главных задач обязательного медицинского страхования (ОМС) является:
   а) обеспечение финансирования мед. учреждений;
   б) дифференциация медицинской помощи;
   в) рациональное использование медицинских кадров и финансовых средств;
   г) обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы ОМС
5. Уголовная ответственность предусматривается за:
   а) хищение наркотических лекарственных средств;
   б) незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств
   в) нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств
   г) потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания
   д) содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств

6. История болезни является
а) медицинским документом
б) научным документом
в) юридическим документом

Ответы на тестовые задания: 1-в, 2-а, 3-в, 4-г, 5-б, 6-а

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- определить тактику ведения больного
- решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение:

Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

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

Поскольку у пациента имеются выраженные психические расстройства (острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика), и пациент представляет опасность для окружающих, он, согласно п. «а» ч.4 ст.23 Закона подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию и последующей госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (ст.29) в случае отказа от госпитализации.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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

Задача 2

Пациент 27 лет. Впервые заболел остро 2 дня назад. До этого в течение недели изменилось состояние: стал рассеянным, не понимал сути вопросов, отвечал после длительной паузы. Постепенно нарастала заторможенность, тонус мышц повышен, застывал в неудобных позах, на вопросы перестал отвечать совсем, отмечалась сальность кожи лица, редкое мигание, при попытке пересадить

больного оказывал сопротивление, при попытке накормить сжимал губы, когда ложку убирали ото рта – раскрывал рот.

Задача 3

Пациент 18 лет. Заболел остро, внезапно расстроился сон, не спал три ночи, мысли в голове путались, пропадали. Стал неадекватным, озирался по сторонам, не мог сосредоточиться. Окружающее, казалось, наполненным особым символическим смыслом, на улице, казалось, разыгрывается какая-то «комедия», окружающие люди разделились на врагов и друзей. Постоянно менялось настроение, то становился восторженным – на лице состояние экстаза, то наоборот, становилось страшно, совершал неожиданные нелепые поступки

4. Задания для групповой работы

Обсуждение в группе историй болезни пациентов, находящихся на лечении в стационаре по решению суда в связи с недобровольной госпитализацией, с ознакомлением заполненной на них документацией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Психиатрия: определение, ее предмет, задачи и разделы.
2. Основные этапы развития психиатрии.
3. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом (направления отечественной и мировой психиатрии).
4. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) и их вклад в развитие науки;
5. Порядок оказания психиатрической помощи в России: амбулаторная помощь; госпитализация в стационар, виды стационаров; консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение.
6. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
7. Этико-деонтологические аспекты психиатрии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Психиатрическая помощь, согласно ч.1 ст.1 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» включает в себя:
   а) обследование психического здоровья граждан
   б) диагностику психических расстройств
   в) лечение
   г) медико-социальную реабилитацию
   д) все вышеперечисленное
2. Принципы, лежащие в основе закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:
   а) принцип добровольности
   б) принцип гуманности
   в) принцип наименее ограничительной альтернативы
   г) принцип недобровольности
   д) все вышеперечисленное
3. Основные виды психиатрической помощи:
   а) психиатрическое освидетельствование
   б) амбулаторная психиатрическая помощь
   в) психиатрическая госпитализация
   г) активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, в общесоматической сети
   д) все вышеперечисленное

е) ничего из вышеперечисленного

4. Кто может выступать в качестве законных представителей несовершеннолетних лиц?
   а) родители
   б) усыновители
   в) попечители и опекуны
   г) представители органов опеки и попечительства
   д) любой родственник пациента
   е) никто из перечисленных
5. Кто может выступать в качестве законных представителей недееспособных лиц?
   а) родители
   б) попечители и опекуны
   в) представители органов опеки и попечительства
   г) сам совершеннолетний пациент
   д) никто из перечисленных
6. Недобровольная госпитализация в психиатрический стационар показана в случае, если:
   а) пациент представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
   б) пациент не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
   в) пациенту грозит существенный вред здоровью, если не будет оказана психиатрическая помощь
   г) по настоятельной просьбе родственников пациента
   д) ни в каком из перечисленных
7. В случае недобровольной госпитализации гражданин должен быть освидетельствован в течение:
   а) суток
   б) 48 часов
   в) 10 дней
   г) месяца
8. Основные профессиональные обязанности и права медицинских и фармацевтических работников регламентируются:
   а) нормами уголовного и гражданского права РФ
   б) нормами врачебной этики и деонтологии
   в) ведомственными приказами, положениями, инструкциями
   г) нормативами отраслевого профсоюза
   д) условиями трудового договора
9. Уголовная ответственность предусматривается за:
   а) хищение наркотических лекарственных средств
   б) незаконное изготовление, сбыт, хранение наркотических средств
   в) нарушение установленных правил производства, хранения, отпуска, перевозок наркотических лекарственных средств
   г) потребление или приобретение ПАВ без врачебного предписания
   д) содержание притонов для потребления наркотиков, склонение несовершеннолетних к употреблению наркотических средств

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

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

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

2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Законодательные и нормативно-правовые документы:

1. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 №668н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения"

Раздел 2. Пропедевтика в психиатрии

Тема 2.1. Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический.

Цель: способствовать формированию знаний по основам психиатрической пропедевтики, а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней.

Задачи:

1. Определить понятия терминов психическая болезнь и психическое расстройство.
2. Рассмотреть симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы.
3. Рассмотреть модель психиатрического интервью: интервью – принципы, этические положения.
4. Изучить методы обследования пациентов с психическими расстройствами, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).
5. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, особенностям оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).
6. Сформировать готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

- базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования.

2) После изучения темы:

- основные психопатологические синдромы.
- методы обследования пациентов с психическими расстройствами, особенности общесоматического и неврологического исследований.
- особенности оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические симптомы, объединять их в синдромы.
- обследовать пациентов с психическими расстройствами, в том числе проводить общесоматическое и неврологическое исследования.
- оформлять документацию (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических симптомов и синдромов.
- навыками обследования пациентов с психическими расстройствами, в том числе проведения общесоматического и неврологического исследований.
- навыками оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Назовите основные психопатологические синдромы, дайте им характеристику.
2. Назовите методы исследования психически больных: основные и параклинические.
3. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами.
4. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами.
5. Лабораторные методы исследования в психиатрии.
6. Инструментальные методы исследования в психиатрии.
7. Генетические методы исследования психически больных.
8. Морфологические методы исследования в психиатрии.
9. Патопсихологическая диагностика в психиатрии.
10. Особенности оформления документации в психиатрии.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков:

- заполнение документации при поступлении пациента в психиатрический стационар в добровольном порядке
- заполнение документации при поступлении пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- обследование пациента: проведение психиатрического, неврологического, общесоматического исследования, патопсихологической диагностики
- интерпретация результатов анализов, рентгенограмм, ЭЭГ-исследований, заключений КТ и МРТ.

3. Решить тестовые задания:

1. Метод наблюдения позволяет выявить
   а) диссимуляцию;
   б) изменение психического состояния больного;
   в) возможность агрессивных действий;
   г) все перечисленное;
   д) ничего из перечисленного.
2. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи
   а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
   б) оценку степени нарушений психической деятельности
   в) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
   г) ни одну из перечисленных
   д) все перечисленные
3. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме
   а) органических и сосудистых поражений головного мозга
   б) опухолей мозга
   в) эпилепсии

г) атрофических заболеваний
д) инволюционных психозов

4. Сенестопатии это:
а) локализованные неприятные, тягостные ощущения;
б) необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией;
в) тягостные болевые ощущения в утраченной конечности;
г) тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела.

5. Галлюцинаторно-параноидный синдром это:
а) фантастический бред в сочетании с галлюцинациями;
б) бред преследования, воздействия с кататоническими включениями;
в) бред преследования, воздействия с психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями;
г) персекуторный бред с галлюцинациями и помрачением сознания;
д) бред одержимости с тактильными галлюцинациями.

6. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая:
а) менингиты
б) опухоли мозга
в) дегенеративные изменения мозговой ткани
г) инфаркты мозга
д) кровоизлияния в вещество мозга

7. Катамнез содержит описание
а) всей истории жизни и заболевания
б) жизни и проявлений болезни за последние 5 лет
в) жизни и проявление болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
г) жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
д) жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар

8. К расстройствам мышления относят:
а) лживость;
б) паралогичность;
в) некритичность;
г) соскальзывания;

9. К бредовым относятся идеи или суждения, которые:
а) абсурдны по своему содержанию
б) не в полной мере соответствуют действительности
в) не отвечают реальности и с трудом поддаются коррекции
г) не отражают действительности и не корригируются
д) внешне правдоподобны, эмоционально окрашены

10. Для астенического синдрома характерно:
а) идеаторная и моторная заторможенность
б) психическая истощаемость
в) мистические расстройства
г) изменение самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов
д) расстройства мышления

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

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение.

1. Амнестический синдром, включающий:

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

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

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

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной Д., 29 лет. После перенесенного ОРВИ на фоне сохраняющейся слабости появилось пониженное настроение, адинамия. Через 2 недели больной стал деятельным, суетливым, отмечался короткий сон с ранним пробуждением, вмешивался в работу сослуживцев, давал им советы, настроение было приподнятое. Через несколько дней больной стал настороженным, подозрительным, замечал на себе «пристальные» взгляды прохожих, улавливал «особое значение» в их поступках, считал, что отношение сослуживцев к нему изменилось, т.к. ему «завидуют». В дальнейшем стал высказывать идеи о том, что на него кто-то воздействует, что проявляется в постороннем наплыве мыслей. Утверждал, что окружающие люди догадываются о его мыслях. Окружающее воспринималось как «измененное», «как эксперимент», «испытание». Настроение менялось в течение суток с быстрым переходом от восторга к тревоге и страху, при этом больной начинал высказывать или отрывочные идеи величия, или идеи виновности. Поведение определялось болезненными переживаниями. Данное состояние длилось в течение 1,5 месяцев, после чего в течение 3 недель сохранялось нерезко сниженное настроение, адинамия, апатия, астения.

Задача 2

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

5. Задания для групповой работы

Обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с психическими расстройствами с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основные классификации психопатологических синдромов
2. Назовите основные методы исследования психически больных
3. Особенности клинико-психопатологического исследования в психиатрии
4. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами

5. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами
6. Лабораторные методы исследования в психиатрии
7. Инструментальные методы исследования в психиатрии
8. Генетические методы исследования психически больных
9. Морфологические методы исследования в психиатрии
10. Особенности оформления документации в психиатрии

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. К начальным регистрам позитивных нарушении относятся:
   а) астенические
   б) ипохондрические
   в) паранойяльные
   г) микрокатотонические
   д) дисгармония личности
2. К начальным регистрам негативных синдромов относятся:
   а) снижение психического тонуса
   б) дисгармония психического склада
   в) субъективно осознавание изменение личности
   г) апато-абулия
   д) кататонический ступор
3. Депрессивно-идеаторное торможение определяется:
   а) пессимистическим содержанием мыслей
   б) медленным темпом течения мыслей
   в) ощущением пустоты в голове
   г) ментизмом
   д) шперрунгами
4. Для депрессивной триады характерно:
   а) двигательная заторможенность
   б) пониженное настроение
   в) меланхолический раптус
   г) идеаторная заторможенность
   д) иллюзорные расстройства
5. К простым вариантам маниакального синдрома относятся:
   а) мания с чувственным бредом
   б) веселая мания
   в) дурашливая мания со стереотипиями
   г) гневливая мания
   д) спутанная мания

Ответы на тестовые задания: *1 – а,б,в; 2 – а,б,в; 3 – а,б,в; 4 – а,б,г; 5 – б,г,д*

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Методы обследования в психиатрии: клинический, экспериментально-психологический. Соматическое и неврологическое обследования».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

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

2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Раздел 3: Общая психопатология

Тема 3.1: Расстройства ощущений и восприятия

Цель: способствовать формированию знаний, умений и практических навыков по основам общей психопатологии для выявления основных психопатологических синдромов у пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия

Задачи:

1. Рассмотреть и запомнить симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы
2. Изучить методы выявления психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия.
3. Уметь применять практически методы выявления психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования;
2) После изучения темы:
- основные психопатологические симптомы и синдромы;
- методы выявления основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия**.**

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические симптомы и синдромы;
- в ходе обследования пациентов различного профиля выявлять психопатологические симптомы и синдромы;
- проводить дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических симптомов и синдромов
- навыками выявления психопатологических симптомов и синдромов в ходе обследования пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия
- навыками описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы 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. Патофизиологические механизмы галлюцинаций.
9. Понятие о психосенсорных расстройствах. Синдромы дереализации и деперсонализации.
10. Синдром галлюциноза: острый и хронический.
11. Методы выявления расстройств восприятия.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов
- выявление психопатологических симптомов и синдромов в ходе обследования пациентов с психическими расстройствами ощущений и восприятия
- навыки описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
- проведение с пациентами пробы Липмана, Ашаффенбурга, Рейхардта, методики «Разрезные картинки», «Перечеркнутые изображения», «Наложенные фигуры».

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить расстройства восприятия в процессе наблюдения за больными, их мимикой, пантомимикой. При выявлении в ходе беседы вербальных галлюцинаций необходимо выяснить их локализацию, время возникновения, содержание, отношение к ним больного. Провести пробы Липмана, Рейхарда, Ашаффенбурга. Составление психического статуса с дальнейшим обсуждением в группе

3. Решить тестовые задания:

1. Галлюцинации – это
   а) ошибочные суждения, неподдающиеся коррекции
   б) неправильное восприятие реальных объектов
   в) непроизвольно возникающие навязчивые образы
   г) обманы восприятия, возникающие без реального объекта
2. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется
   а) ощущением нереальности окружающего
   б) отчуждением мыслей, чувств, действий, поступков
   в) отчуждением представлений, воспоминаний
   г) восприятием своих мыслей, чувств, действий как искусственно созданных воздействием извне
3. Парестезии – это
   а) крайне неприятные тягостные ощущения на каком-либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений
   б) ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов, живых существ
   в) ощущения (боль, покалывание, жжение, похолодание, пульсация и т.д.), возникающие на поверхности тела в соответствии с зонами чувствительной иннервации или кровоснабжения без раздражения извне
4. Для галлюцинаций характерно
   а) возникновение образа без реально существующего объекта
   б) наличие непроизвольно возникающих представлений
   в) ошибочное восприятие реальных объектов
   г) возникновение на фоне измененных условий среды
5. Аффективные иллюзии
   а) могут возникать только у психически больных
   б) могут возникать и у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, страха
   в) ошибочное восприятие окружающих объектов, возникающее на фоне страха
   г) возникают без реального объекта или раздражителя

Ответы на тест:1- г; 2- б, в, г; 3- в; 4- а, б; 5- б, в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент Г., 25 лет. В мозге (в области темени) слышится тихий голос. Иногда он возникает «ближе к какому-нибудь уху, чаще правому». Больной улавливает, что тембр голоса мужской. Он звучит и, по определению больного, «слышится, но не ушами». Голос комментирует действия больного, даёт советы, приказывает. Временами внутри головы, ближе к месту звучания «голоса», четко «видит» не глазами, а «внутренним мозговым зрением» фотокарточку мужчины с усиками.

Решение:

У пациента имеются псевдогаллюцинации вербальные (комментирующие, советующие, императивные) и зрительные. Синдром галлюциноза

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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.

Задача 2

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

5. Задания для групповой работы:

Обсуждение ситуационных задач, психического, соматического и неврологического статуса пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов и синдромов в соответствии с изучаемой темой с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение 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. Патофизиологические 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. Интерпретативные иллюзии
   а) характерны только для зрительного анализатора
   б) возникают на фоне сверхценных и бредовых идей
   в) разговоры и жесты людей пациент ошибочно воспринимает как угрозу в свои адрес
   г) зрительно воспринимает все окружающее в соответствии с темой сверхценных или бредовых идей
2. Для сенестопатий характерны следующие признаки
   а) полиморфизм проявлений
   б) одномерность, простота ощущений
   в) вычурный характер ощущений
   г) необычная топография ощущений
3. Истинные зрительные галлюцинации могут быть
   а) восприняты в интрапроекции как нечто особенное, отличающееся от реальности
   б) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой, бесцветные или цветные
   в) величина видений натуральная, уменьшенная или увеличенная
   г) подвижные или неподвижные
4. Синдром деперсонализации характеризуется
   а) отчуждением психических свойств личности
   б) снижением интеллекта
   в) чувством изменения, утраты или раздвоения своего Я
   г) расстройством самосознания
5. Для висцеральных галлюцинаций характерно
   а) ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов, живых существ
   б) наличие беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
   в) возможность точного описания локализации своих ощущений
   г) совпадение с зонами иннервации
6. Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу является наличие вербальных галлюцинаций следующего содержания
   а) комментирующих
   б) сообщающих
   в) императивных
   г) запрещающих
7. Акоазмы – это когда пациент
   а) слышит неоформленные шумы
   б) искаженно воспринимает объективную действительность
   в) видит разноцветные полосы, искры
   г) слышит шаги, шорохи
8. Вербальные иллюзии характеризуются
   а) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
   б) отсутствием реального объекта и явления
   в) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах
   г) возникновением чаще на фоне тревожной подозрительности, страха
9. Общее снижение порога чувствительности с повышенной раздражительностью называют
   а) гипестезией
   б) сенестопатией
   в) парестезией
   г) гиперестезией

Ответы к тесту: 1- б, в, г; 2- а, в, г; 3- б, в, г; 4- а, в, г; 5- а, в; 6- в; 7- а, г; 8- а, в, г; 9- г

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Расстройства ощущуний и восприятия»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполнить дифференциальную таблицу

Диагностический критерий	*Псевдогаллюцинации*	*Истинные галлюцинации*
Проекция		
Чувственность и реальность восприятия образов		
Ощущение насильственности и «сделанности»		
Актуальное поведение и эмоциональная окраска галлюцинаций		
Уверенность в том, что окружающие тоже воспринимают (видят, слышат, чувствуют) эти образы		

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 3.2: Расстройства мышления

Цель: способствовать формированию знаний, умений и практических навыков по основам общей психопатологии для выявления основных психопатологических синдромов у пациентов с расстройствами мышления

Задачи:

1. Рассмотреть и запомнить симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы расстройств мышления
2. Изучить методы выявления психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с расстройствами мышления.
3. Уметь выявлять психопатологические симптомы и синдромы расстройств мышления у пациентов

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования;

2) После изучения темы:

- основные психопатологические симптомы и синдромы расстройств мышления;

- методы выявления основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств мышления у пациентов с психическими расстройствами.

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические симптомы и синдромы расстройств мышления;
- в ходе обследования пациентов различного профиля выявлять психопатологические симптомы и синдромы расстройств мышления;
- проводить дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств мышления.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств мышления
- навыками выявления психопатологических симптомов и синдромов расстройств мышления в ходе обследования пациентов
- навыками описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни, написание дневников наблюдений и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы 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. Острый и хронический бред.
6. Патофизиологические механизмы бреда.
7. Классификация бредовых идей по содержанию.
8. Типология бредовых идей по происхождению. Понятие о первичном и вторичном бреде
9. Понятие о навязчивых идеях.
10. Определение сверхценных идей, бреда, клиника, виды, этиопатогенез.
11. Галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы, синдром Кандинского-Клерамбо, Котара, Капгра, дисморфоманический, сенесто-ипохондрический), нозологическая специфика.
12. Методы выявления расстройств мышления (классификация, исключение 4 лишнего, сравнение понятий, объяснение метафор и пословиц, серии сюжетных картинок Бидструпа).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств мышления в ситуационных задачах
- описание психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни, написание дневников наблюдений и др.)

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить нарушения мышления в процессе беседы и изучения автобиографических данных, характеристик, определить типы выявленных нарушений мышления. Составление психического статуса. Заполнение истории болезни. Проведение тестирования мыслительной сферы с использованием психодиагностических методик**.**

3. Решить тестовые задания:

1. Медленную тягучую речь, сопровождающуюся отступлениями и несущественными подробностями, называют
   а) замедлением мышления
   б) патологической обстоятельностью (вязкостью)
   в) резонерством
   г) шперрунгом

2. Резонерство – это утрата способности
   а) к абстрактному мышлению
   б) отличать главное от второстепенного
   в) мыслить целенаправленно
   г) концентрировать внимание
3. К речевым стереотипиям относят
   а) персеверации
   б) вербигерации
   в) ментизм
   г) стоячие обороты
4. К негативным расстройствам мышления относятся
   а) аутистическое мышление
   б) бред
   в) ускорение мышления
   г) инкогерентность (бессвязность)
5. К экспансивному бреду относятся
   а) мессианский бред
   б) бред обнищания
   в) бред реформаторства
   г) бред преследования
6. Содержание депрессивных бредовых идей включает
   а) ипохондрический бред
   б) бред греховности
   в) бред ревности
   г) бред обыденных отношений

Ответы к тесту: 1- б; 2- в; 3- а, б, г; 4- в; 3- а, б, г; 4- а, г; 5- а, в; 6- а, б

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделить основные симптомы
- выделить основные синдромы

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение:

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

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациентка 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.

Задача 2

Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия. Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо».

Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.

Задача 3

Пациент 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 исхо- дит 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.

5. Задания для групповой работы:

Обсуждение ситуационных задач, психического, соматического и неврологического статуса пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов и синдромов в соответствии с изучаемой темой с дальнейшим обсуждением в группе. Обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов и синдромов в соответствии с изучаемой темой с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Понятия о формах протекания мыслительного процесса (понятие, суждение, умозаключение).
1. Виды мышления.
2. Физиологические основы мышления.
3. Разновидности расстройств ассоциативного процесса.
4. Определение бредовых идей. Острый и хронический бред.
5. Патофизиологические механизмы бреда.
6. Классификация бредовых идей по содержанию.
7. Типология бредовых идей по происхождению. Понятие о первичном и вторичном бреде
8. Понятие о навязчивых идеях. Примеры.
9. Определение сверхценных идей. Примеры.
10. Основные синдромы расстройств мышления: паранойяльный, параноидный, Котара, синдром Кандинского–Клерамбо, парафренный, синдром навязчивых состояний, ипохондрический.
11. Методы выявления расстройств мышления (классификация, исключение 4 лишнего, сравнение понятий, объяснение метафор и пословиц, серии сюжетных картинок Бидструпа).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Бред, возникший на фоне галлюцинаторных расстройств, называется
   а) индуцированным
   б) чувственным
   в) первичным
   г) вторичным
2. Нигилистический бред возникает при синдроме
   а) депрессивном
   б) Капгра
   в) Котара
   г) дисмофоманическом
3. Суицидальное поведение характерно для больных с

а) бредом величия
б) депрессивным бредом
в) контрастными навязчивостями
г) аутизмом

4. Вариантом идеаторного автоматизма считают
а) вербальные псевдогаллюцинации
б) аутистическое мышление
в) сенестопатии
г) метаморфопсии

5. Вариантом сенсорного автоматизма считают
а) вербигерации
б) шперрунги
в) сенестопатии
г) резонетство

6. Бред при паранойяльном синдроме относится к
а) резидуальному
б) первичному
в) чувственному
г) вторичному

7. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется
а) нарушением абстрактного познания действительности
б) нарушением чувственного познания окружающего мира
в) крайне односторонним трактованием фактов доказательств и игнорированием фактов, противоречащих излагаемой концепции
г) индуцированностью бредовых идей

8. Бредовые идеи характеризуются
а) соответствием действительности
б) искажением отражения действительности
в) полным овладением сознания
г) невозможностью исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

9. Обстоятельность мышления характеризуется
а) замедлением образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
б) утратой способности отделения главного от второстепенного
в) выраженным ускорением последовательного течения мыслей
г) снижением продуктивности мышления

10. Симптом Капгра характеризуется
а) узнаванием в незнакомых людях знакомых
б) узнаванием в знакомых людях незнакомых
в) депрессией
г) бредом ревности

11. Персекуторные идеи – это
а) бредовые идеи виновности
б) бредовые идеи греховности
в) бредовые идеи преследования
г) бредовые идеи отравления

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Расстройства мышления»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Заполнить дифференциальную таблицу

Диагностические критерии	*Насильственные мысли (обсессии)*	*Сверхценные идеи*	*Бредовые идеи*

Наличие реальной основы для формирования			
Критичное отношение к идеям, желание избавиться			
Возможность разубеждения, коррекции			
Произвольный контроль и сопротивление их возникновению			
Психопатологические состояния, при которых встречается расстройство			

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 3.3: Расстройства эмоционально-волевой сферы

Цель: способствовать формированию знаний, умений и практических навыков по основам общей психопатологии для выявления основных психопатологических синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы у пациентов с психическими расстройствами

Задачи:

1. Рассмотреть и запомнить симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы
2. Изучить методы выявления психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы у пациентов с психическими расстройствами.
3. Уметь применять практические методы выявления психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования;

2) После изучения темы:

- основные психопатологические симптомы и синдромы расстройств эмоционально-волевой сферы;
- методы выявления основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические симптомы и синдромы расстройств эмоционально-волевой сферы;
- в ходе обследования пациентов различного профиля выявлять психопатологические симптомы и синдромы расстройств эмоционально-волевой сферы;
- проводить дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы у пациентов с психическими расстройствами.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы
- навыками выявления психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы в ходе обследования пациентов различного профиля
- навыками описания психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоционально-волевой сферы в медицинской документации (заполнение дневников наблюдений, амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение эмоций.
2. Характеристика количественных расстройств эмоций.
3. Отличия физиологического аффекта от патологического.
4. Разновидности болезненных изменений настроения.
5. Клиническая характеристика маниакального синдрома.
6. Клиническая характеристика депрессивного синдрома.
7. Определение воли.
8. Характеристика волевых расстройств (гиперфункция воли, парабулия).
9. Клиника кататонического синдрома.
10. Синдромы двигательных расстройств (ступор, возбуждение). Виды ступоров.
11. Виды психомоторного возбуждения.
12. Методы выявления расстройств эмоциональной сферы и нарушения произвольной деятельности (наблюдения, тест самооценки Спилбергера-Ханина, тест Гамильтона для выявления тревоги и депрессии).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя;

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов расстройств эмоциональной и двигательно-волевой сферы в ситуационных задачах
- описание психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни, написание дневников наблюдений и др.)

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента расстройства эмоциональной и двигательно-волевой сферы в ходе беседы, наблюдения за его мимикой, пантомимикой, оценки двигательной и мотивационной сферы, осмотра кожных покровов и слизистых. Классифицирование выявленных нарушений эмоциональной, волевой, двигательной сфер. Описание психического статуса. Заполнение истории болезни

3. Решить тестовые задания:

1. Дисфории чаще возникают при
   а) неврозах
   б) эпилепсии
   в) шизофрении
   г) сосудистых деменциях
2. Эйфория проявляется
   а) беспечностью
   б) сентиментальностью

в) благодушием
г) злопамятностью

3. Проявлением интоксикации может быть
   а) астения
   б) эйфория
   в) оглушение
   г) амбивалентность
4. Больные с патологическим обсессивным влечением
   а) представляют опасность для окружающих
   б) относятся к своему расстройству без критики
   в) должны быть госпитализированы
   г) могут контролировать свое поведение в соответствии с ситуацией
5. Стремление к бродяжничеству называют
   а) эксгибиционизм
   б) геммблингом
   в) дромоманией
   г) дипсоманией

Ответы к тесту: 1- б; 2- б, в; 3- а, б, в; 4- г; 5- в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделить психопатологические симптомы и синдромы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение:

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

Депрессивный синдром.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент, 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.

Задача 2

Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шутливой 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.

Задача 3

Больной Д., 40 лет, сидит на полу, отвернувшись от окружающих. Лицо крайне напряжено, взгляд устремлен в одну точку, стереотипно перебирает складки одежды. При попытке персонала установить контакт, озлобляется, оказывает активное сопротивление. На вопросы не отвечает. Пищу не принимает.

Задача 4

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

5. Задания для групповой работы:

Обсуждение ситуационных задач с выявлением и классифицированием нарушений эмоциональной, волевой, двигательной сфер. Осмотр пациентов по теме занятия. Клинико-психопатологическое обследование (беседа, наблюдение) пациентов, проведение психологических тестов (Спилбергера-Ханина, Гамильтона для выявления тревоги и депрессии), выявление и классифицирование нарушений эмоциональной, волевой, двигательной сфер с обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение эмоций.
2. Характеристика количественных расстройств эмоций.
3. Отличия физиологического аффекта от патологического.
4. Разновидности болезненных изменений настроения.
5. Клиническая характеристика маниакального синдрома.
6. Клиническая характеристика депрессивного синдрома.
7. Определение воли.
8. Характеристика волевых расстройств (гиперфункция воли, парабулия).
9. Основные признаки кататонического (каталептического) ступора.
10. Синдромы двигательных расстройств (ступор, возбуждение). Виды ступоров.
11. Виды психомоторного возбуждения.
12. Методы выявления расстройств эмоциональной сферы и нарушения произвольной деятельности (наблюдения, тест самооценки Спилбергера-Ханина, тест Гамильтона для выявления тревоги и депрессии).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Характерным признаком апатоабулического синдрома считают
   а) похудение и потерю аппетита
   б) молчание и обездвиженность
   в) пониженную самооценку и пессимизм
   г) безразличие и равнодушие
2. Апатоабулический синдром может быть проявлением)

а) повреждения лобных долей мозга
б) диссоциативного (истерического) расстройства
в) шизофрении
г) гипомании

3. К расстройствам влечений относятся
а) эхопраксия
б) клептомания
в) анорексия
г) гипомания

4. Для абулии характерно
а) отсутствие желаний и побуждений
б) эгоцентризм
в) безразличие и безучастность
г) прекращение общения с окружающими

5. Выберите признаки, характерные для аффективной тупости
а) замедление всех видов психической деятельности
б) безразличие, равнодушие, душевная холодность
в) недостаточность или утрата аффективной откликаемости
г) бесчувствие

6. Гипертимия характеризуется следующими признаками
а) дурашливое поведение, вычурные позы
б) неадекватный аффективный ответ
в) чувство безграничной радости и веселости
г) ускоренный темп мыслительных процессов

7. К аффективным нарушениям относятся
а) маниакальный синдромам
б) навязчивость
в) театральность
г) депрессия

8. Для депрессивной триады характерно все перечисленное
а) аффект тоски
б) двигательное торможение
в) меланхолический раптус
г) идеаторное торможение

9. К соматическим признакам депрессий могут относиться
а) снижение памяти
б) кататония
в) снижение аппетита
г) нарушение сна

10. Гипербулия проявляется в виде
а) повышения волевой активности, усиления побуждений
б) чувства «сделанности» состояния
в) повышенной инициативности
г) разговорчивости, подвижности

11. Гебефреническое возбуждение проявляется
а) дурашливостью, гримасничаньем
б) преобладанием выражения восторга, экстаза, «заразительным» весельем
в) нелепым, бессмысленным хохотом
г) прыжками, кривлянием

12. Характеристиками маскированных депрессий являются
а) выраженность аффективного компонента
б) ипохондричность
в) малая выраженность аффективного компонента

г) частое наличие соматических признаков депрессии

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Расстройства эмоционально-волевой сферы»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Заполните диагностические таблицы

Диагностические критерии	Кататонический ступор	Депрессивный ступор	Реактивный ступор	Истерический ступор
Причины возникновения				
Динамика развития (остро, постепенно)				
Мышечное напряжение				
Восковая гибкость				
Мутизм				
Негативизм				
Нарушение сознания				
Демонстративность				
Эмоциональная окраска мимики				

Форма психомоторного возбуждения	Клиническая картина
Кататоническое	
Депрессивное	
Маниакальное	
Гебефреническое	
Истерическое	
Реактивное	
Галлюцинаторно-бредовое	

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 3.4: Нарушения памяти, внимания, интеллекта

Цель: способствовать формированию знаний, умений и практических навыков по основам общей психопатологии для выявления основных психопатологических синдромов у пациентов с нарушениями памяти, внимания, интеллекта

Задачи:

1. Рассмотреть и запомнить симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы нарушений памяти, внимания, интеллекта
2. Изучить методы выявления психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с нарушениями памяти, внимания, интеллекта.
3. Уметь применять практически методы выявления психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с нарушениями памяти, внимания, интеллекта

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования;
2) После изучения темы:
- основные психопатологические симптомы и синдромы;
- методы выявления основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с различной нозологией**.**

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные психопатологические симптомы и синдромы нарушений памяти, внимания, интеллекта;
- в ходе обследования пациентов различного профиля выявлять психопатологические симптомы и синдромы нарушений памяти, внимания, интеллекта;
- проводить дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с нарушениями памяти, внимания, интеллекта.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления психопатологических симптомов и синдромов нарушений памяти, внимания, интеллекта в ходе обследования пациентов различного профиля
- навыками описания психопатологических симптомов и синдромов нарушений памяти, внимания, интеллекта в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Основные виды нарушений памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии).
2. Корсаковский синдром, симптомы, причины возникновения.
3. Расстройства внимания, виды, причины, методы выявления.
4. Определение интеллекта. Виды снижения интеллекта.
5. Разновидности деменций, признаки.
6. Умственная отсталость, степени.
7. Методы выявления расстройств памяти и интеллекта (методика Векслера, Равена).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов нарушений памяти, внимания, интеллекта по ситуационным задачам
- навыки описания психопатологических симптомов и синдромов нарушений памяти, внимания, интеллекта в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Клинический разбор пациентов по теме занятия. Беседа с пациентами с нарушениями памяти, внимания, интеллекта, а также с перенесшими расстройства сознания. В ходе клинического разбора выявить и классифицировать расстройства внимания, памяти, интеллекта, оценить сознание пациента (ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности больного, понимание инструкций, выполнение команд, рефлекторная активность). Провести психодиагностические методики (счет по Крепелину, отыскивание чисел по таблицам Шульте, пробы на переключение, корректурная проба с переключением, таблицы Равена, пробы на вербальное и зрительное запоминание, пиктограмма, методика опосредованного запоминания по Леонтьеву)

3. Решить тестовые задания:

1. Гипомнезия – типичный признак
   а) невротических расстройств
   б) органических заболеваний головного мозга
   в) шизофрении
   г) аффективных расстройств
2. Палимпсест – вариант
   а) ретроградной амнезии
   б) конградной амнезии
   в) прогрессирующейамнезии
   г) фиксационнойамнезии
3. Для Корсаковского синдрома характерна
   а) полная дезориентировка
   б) дезориентировка в месте и времени
   в) дезориентировка в ситуации
   г) дезориентировка в собственной личности
4. К негативным симптомам относится
   а) гипермнезия
   б) фиксационная амнезия
   в) конфабуляция
   г) криптомнезия
5. Для фиксационной амнезии характерно
   а) потеря способности запоминать
   б) отсутствие памяти на текущие события
   в) выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
   г) забывание своего имени, даты рождения

Ответы к тесту: 1- б; 2- б; 3- б; 4- б; 5- а, б, в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделить психопатологические симптомы и синдромы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение

1. Психопатологические симптомы: антеро-ретрогарадная амнезия, фиксационная амнезия, парамнезии.
2. Корсаковский синдром.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент Л., 45 лет, слесарь, на работе получил тяжелую черепно-мозговую травму. Находился на стационарном лечении по поводу ушиба головного мозга, переломов левой височной кости. После выписки около 3-х недель не работал, инвалид II группы. Затем приступил к легкой ручной работе, сборщик. Жалуется на головные боли, головокружения, слабость, плохой сон. Интеллект снижен, затруднено осмысление и обобщение понятий, внимание неустойчивое. Память ослаблена на события, предшествующие травме и на текущие события. Давно не работает по специальности, не помнит имен близких людей. Критика к своему состоянию снижена.

Задача 2

Пациентка 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 простых веществ.

5. Задания для групповой работы:

Обсуждение ситуационных задач с выявлением и классифицированием нарушений памяти, внимания, интеллекта. Клинический разбор пациента по теме занятия. Обсуждение результатов курации пациентов с нарушениями памяти, внимания, интеллекта.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные виды нарушений памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии).
2. Корсаковский синдром, симптомы, причины возникновения.
3. Расстройства внимания, виды, причины, методы выявления.
4. Определение интеллекта. Виды снижения интеллекта.
5. Разновидности деменций, признаки.
6. Умственная отсталость, степени.
7. Методы выявления расстройств памяти и интеллекта (методика Векслера, Равена).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Антероградная амнезия характеризуется
   а) утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния
   б) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
   в) правильным поведением больных в течение забытого им периода времени
   г) отсутствием памяти на текущие события
2. К расстройствам памяти относятся
   а) сделанные воспоминания
   б) дисмнезии
   в) амнезии
   г) конфабуляции
3. Ретроградная амнезия характеризуется
   а) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
   б) потерей способности запоминать
   в) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
   г) отсутствием памяти на текущие события

4. Вариантом парамнезий считают
   а) конфабуляции
   б) ментизм
   в) криптомнезию
   г) псевдореминисценции
5. Какие симптомы характерны для Корсаковского синдрома
   а) ретроградная амнезия
   б) сенестопатии
   в) фиксационная амнезия
   г) псевдореминисценции
6. Исследование памяти проводится следующими методиками
   а) пиктограмма
   б) проба Крепелина
   в) 10 слов
   г) по Леонтьеву
7. Свойства внимания
   а) устойчивость
   б) объем
   в) скорость
   г) переключаемость
8. Истощаемость внимания это
   а) неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного вида деятельности на другие
   б) снижение способности к длительному сосредоточению на определенной деятельности, вследствие утомляемости пациента
   в) преобладание пассивного внимания над активным
   г) нарушение направленности внимания
9. Для исследования внимания используются
   а) корректурная проба
   б) таблицы Шульте
   в) пиктограмма
   г) проба Крепелина
10. В отношении умственной отсталости верно
   а) является врожденной или возникает в первые годы жизни
   б) течет прогредиентно, возможна утрата ранее полученных навыков
   в) отмечается эмоциональное и интеллектуальное недоразвитие
   г) обучение в общеобразовательной средней школе невозможно
11. Для больных с лёгкой умственной отсталостью характерно
   а) могут заниматься квалифицированным трудом
   б) овладевают чтением и письмом
   в) самостоятельно обслуживают себя
   г) могут выполнять арифметические действия

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Нарушения памяти, внимания, интеллекта»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
Заполните дифференциальную таблицу

Критерии диагностики	*Лакунарная органическая деменция*	*Тотальная органическая деменция*	*Эпилептическая деменция*	*Шизофреническая деменция*

Состояние предпосылок интеллекта (внимание, восприятие, воля)				
Варианты мнестических расстройств				
Характер изменений мышления				
Распад праксиса и гнозиса (полная или фрагментарная утрата)				
Интеллектуальный запас знаний и опыта (быстрый распад, постепенная утрата, длительно сохраняется в неизменном виде)				
Характер личностных изменений (заострение, видоизменение, распад «ядра личности», расщепление)				
Критика к своему состоянию				
При каких патологических расстройствах встречается?				

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 3.5: Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы

Цель: способствовать формированию знаний, умений и практических навыков по основам общей психопатологии для выявления синдромов расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов.

Задачи:

1. Рассмотреть и запомнить симптомы, входящие в основные психопатологические синдромы расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов.
2. Изучить методы выявления расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов. у пациентов с различной нозологией.

3. Уметь применять практически методы выявления расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов у пациентов с психическими расстройствами сознания

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования;

2) После изучения темы:

- основные психопатологические симптомы и синдромы расстройств сознания;
- методы выявления расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов. у пациентов с различной нозологией

Обучающийся должен уметь:

- выявлять симптомы и синдромы расстройств сознания, невротические и психопатические синдромы;
- в ходе обследования пациентов различного профиля выявлять психопатологические симптомы и синдромы;
- проводить дифференциальную диагностику основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с психическими расстройствами сознания.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических симптомов и синдромов
- навыками выявления расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов. у пациентов с различной нозологией
- навыками описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Критерии расстройства сознания.
2. Классификация основных синдромов расстройства сознания.
3. Клиническая характеристика оглушенности, сопора и комы.
4. Клиническая характеристика делирия.
5. Клиническая характеристика аменции.
6. Клиническая характеристика онейроида
7. Клиническая характеристика сумеречного расстройства.
8. Понятие о симптоме и синдроме в психиатрии. Негативные и продуктивные синдромы и симптомы. Психотический и невротический уровень синдромов.
9. Закономерности синдромообразования на примере продуктивных и негативных синдромов.
10. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический, особенности клинической картины.
11. Психопатический синдром, его варианты

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов по теме занятия по ситуационным задачам
- описание психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни, написание дневников наблюдений и др.)

Клинический разбор пациентов с расстройствами сознания, невротическими и психопатическими синдромами. Выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Классифицирование выявленных нарушений в негативные, продуктивные симптомы, оценить психотический или невротический уровень расстройств.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделить психопатологические симптомы и синдромы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение

У пациентки имелась отрешенность от реальности, стереотипные нецеленаправленные движения, фантастические галлюцинации, во время которых она спокойна, следовательно, это онейроид.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент М., 38 лет, инженер, человек очень мягкий и добрый. Не женат. Алкоголем в прошлом не злоупотреблял. В день 8 Марта на работе, поздравляя сотрудниц с праздником, выпил рюмку вина. Вернувшись домой, стал помогать своей матери накрывать на стол, начал резать хлеб… Проснулся от холода – в одном костюме он спал на снегу. Рядом с ним, прикрытая шубой, лежала убитая мать, на теле которой было множество ножевых ранений. На руках и одежде М. – следы крови. В комнате обнаружил валяющийся кухонный нож, еда на столе была не тронута. Пациент похолодел от мысли, что всё это мог совершить он сам. Вызвал полицию, но ничего объяснить не мог, как не напрягал свою память. Проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Был признан невменяемым. Впоследствии длительное время находился в депрессивном состоянии в психиатрической больнице, высказывая суицидальные мысли. Никак не мог простить себе совершенного.

Задача 2

Пациент 45 лет, перенес инфаркт миокарда. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы - бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боитсяоставаться без медицинского персонала. Испытывает страх "остановки сердца". Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, потоотделением.

Задача 3

Больная Ф., 24 года. В течение месяца находится в клинике. Мало доступна контакту, заторможена. Большую часть времени проводит в постели, не проявляя интереса к окружающему, нередко взгляд направлен в одну точку - на стену, где с удивлением что-то разглядывает, иногда улыбается и вновь становится безучастной. В процессе барбамилового растормаживания оживляется, улыбается, охотно сообщает, что вечерами участвует в удивительных и причудливых событиях. На стенах палаты видит себя в сказочных садах, дворах, теремах, с ней происходят фантастические события, как в сказочных преставлениях; она участвует в сражениях с чудовищами. Окружающих больных принимает за стражей. Днем "видения" исчезают и мир становится "серым, обыденным". Постепенно речь становится все более замедленной, заторможенной и больная вновь замолкает.

Задача 4

Больной Н. 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, похуданием, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли об онкопатологии. Настойчиво просил врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако, опасения "ракового перерождения" сохраняются. При актуализации страха становится назойливым.

При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, заявляет, что сам "прогнать мысли о раке" не может.

Задача 5

Пациентка М. 19 лет, поступила в клинику кожных болезней с обострением нейродермита (кожные высыпания на руках и на лице). Перед госпитализацией не выходила на улицу, так как полагала, что

"все смотрят на нее", смеются над изуродованным лицом. При осмотре: сознание не помрачено, фиксирована на изменении внешности, заявляет, что "стала уродиной". Полагает, что другие больные считают её "заразной". В процессе беседы суждения больной поддаются коррекции, соглашается с тем, что в процессе лечения количество высыпаний уменьшилось. Ищет сочувствия, просит о помощи.

4. Задания для групповой работы:
Обсуждение ситуационных задач с выявлением расстройств сознания, невротических и психопатических синдромов у пациентов с различной нозологией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Критерии расстройства сознания.
2. Классификация основных синдромов расстройства сознания.
3. Клиническая характеристика оглушенности, сопора и комы.
4. Клиническая характеристика делирия.
5. Клиническая характеристика аменции.
6. Клиническая характеристика онейроида
7. Клиническая характеристика сумеречного расстройства.
8. Понятие о симптоме и синдроме в психиатрии. Негативные и продуктивные синдромы и симптомы. Психотический и невротический уровень синдромов.
9. Закономерности синдромообразования на примере продуктивных и негативных синдромов.
10. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический, особенности клинической картины.
11. Психопатический синдром, его варианты

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме
   а) кататонических включений
   б) помрачения сознания
   в) наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций
   г) резко выраженных двигательных возбуждений
   д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств
2. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется следующими симптомами
   а) полную отрешенность больных от окружающего
   б) видоизменение и перевоплощение своего Я
   в) фантастическое содержание переживаний
   г) дисмнестические расстройства
3. Сумеречное помрачение сознания проявляется
   а) внезапной, чаще кратковременной утратой ясности сознания
   б) полной отрешенностью от окружающего
   в) видоизменение и перевоплощение своего Я
   г) кататоническими включениями
4. Для группы невротических синдромов характерно
   а) выраженное снижение памяти и интеллекта
   б) признаки нарушения сознания
   в) иллюзии, галлюцинации
   г) критическое отношение к болезненным переживаниям
5. Невротические обсессии проявляются
   а) отсутствием критики

б) навязчивыми сомнениями, воспоминаниями, представлениями
в) частотой контрастных навязчивостей
г) невозможностью коррекции

6. Невротический астенический синдром проявляется
а) утомляемостью
б) легкими нарушениями сознания
в) вегетативными расстройствами
г) частотой контрастных навязчивостей

7. Пациент постоянно беспокоится и думает о неблагоприятном исходе, занят поиском новых возможностей лечения, жаждет дополнительной информации. Укажите ведущий синдром
а) эйфорический
б) тревожный
в) меланхолический
г) ипохондрический

8. Пациент выставляет напоказ свои страдания и переживания с целью завладеть вниманием окружающих, требуют исключительной заботы. Разговоры окружающих быстро переводят на себя. В других людях, требующих внимания и заботы, видят только конкурентов и относятся к ним неприязненно. Постоянное желают показать свое особое положение, свою исключительность. Укажите ведущий синдром
а) ипохондрический
б) апатический
в) истерический
г) неврастенический

9. Пациент уверен в том, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайне подозрителен к лечению и процедурам, стремится приписывать осложнения лечения или побочные действия лечебных средств халатности или злому умыслу персонала. Обвиняет персонал и требует наказания в связи с этим. Укажите ведущий синдром
а) паранойяльный
б) тревожный
в) эгоцентрический
г) ипохондрический

10. Пациент удручен болезнью, не верит в успех, высказывает суицидальные мысли. Укажите ведущий синдром
а) депрессивный
б) тревожный
в) паранойяльный
г) ипохондрический

Ответы на тесты: 1-а; 2-а,в,г; 3-а,б; 4-г; 5-б,в; 6-а,в; 7-б; 8-в; 9-а; 10-а

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Расстройства сознания. Невротические и психопатические синдромы»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
Заполните диагностическую таблицу

Внесите в соответствии с регистром психопатологических феноменов следующие симптомы: астения, апатия, гипотимия, эйфория, мания, депрессия, галлюцинации, иллюзии, гипоестезия, гиперестезия, парастезии, сенестопатии, гипермнезия, амнезия, бред, ментизм, шперунг, аутизм, деменция, пароксизмы, оглушение.

Продуктивные симптомы	Негативные симптомы

Внесите в таблицу в соответствии с регистром психопатологических феноменов следующие синдромы: параноальный, параноидный, парафренный, галлюциноз, астенический, истерический,

обсессивно-компульсивный, тревожно-фобический, ипохондрический, делириозный, онейроидный, сумеречных расстройств.

Невротические синдромы	Психотические синдромы

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Раздел 4: Терапия психических расстройств

Тема 4.1. Биологическая терапия: нейролептики

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по использованию нейролептиков для лечения психических расстройств

Задачи:

1. Рассмотреть классификацию нейролептиков.
2. Изучить общие принципы психофармакотерапии, методы преодоления медикаментозной резистентности к нейролептикам.
3. Углубить теоретические знания по механизмам действия нейролептиков.
4. Систематизировать теоретические знания о показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах и осложнениях нейролептиков.
5. Обучить практическим навыкам применения нейролептиков.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: фармакологические характеристики нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков, гипнотиков, нейрометаболических препаратов.

2) После изучения темы:

клиническое применение и прогноз при использовании нейролептиков, побочные эффекты, показания и противопоказания, методы коррекции побочных эффектов и преодоления медикаментозной резистентности.

Обучающийся должен уметь:

- назначать нейролептики с учетом механизмов их действия и побочных эффектов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками умения проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием нейролептиков типичных, атипичных, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- навыками умения проводить купирующую и поддерживающую терапию в стационаре и амбулаторно
- навыками умения предупреждать побочные эффекты биологической терапии нейролептиками
- навыками умения корригировать хронические неврологические побочные эффекты терапии нейролептиками
- навыками умения корригировать соматовегетативные побочные эффекты терапии нейролептиками

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Общие принципы психофармакотерапии.
2. Особенности терапии нейролептиками пациентов с психическими расстройствами.
3. Классификация нейролептиков, их характеристика. Показания, противопоказания.
4. Понятие спектра психотропной активности нейролептиков.
5. Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения.
6. Седативные нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
7. Типичные нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, клопиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
8. Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
9. Атипичные антипсихотики (оланзапин, рисперидон, палиперидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
10. Атипичные антипсихотики (кветиапин, сертиндол, арипипразол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
11. Атипичные антипсихотики (амисульприд, зипрасидон, клозапин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
12. Атипичные антипсихотики (карипразин, луразидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
13. Нейролептики пролонгированного действия (модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо, галоперидола-деканоат). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на депо – формы.
14. Атипичные антипсихотики пролонгированного действия (рисперидон «Рисполепт Конста», палиперидон, «Ксеплион»). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на пролонгированные формы.
15. Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Коррекция нарушений.
16. Применение тригексифенидила и биперидена для коррекции экстрапирамидных симптомов
17. Терапевтическая резистентность. Виды резистентности. Пути преодоления терапевтической резистентности.
18. Лекарственные взаимодействия нейролептиков с другими психотропными средствами.
19. Методы преодоления медикаментозной резистентности к нейролептикам.

2. Решить тестовые задания:

1. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относится
   а) клиническая обоснованность назначения препаратов
   б) дифференцированный подход к назначению препаратов
   в) контроль терапии в динамике
   г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

2. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся на
   а) фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пиперазиновой боковой цепью
   б) бутирофеноны
   в) тиоксантены
   г) все перечисленные
   д) ни на что из перечисленного
3. В основе классификации психотропных средств положен принцип
   а) химической структуры препаратов
   б) фармакологического механизма действия препаратов
   в) эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия
   г) биохимический
   д) клинико-психологический
4. Собственно психотропное действие препаратов включает разнообразные психопатологические нарушения, а именно
   а) повышенную активность, стремление к деятельности
   б) оживление мимики, моторики
   в) эти расстройства возникают у больных и здоровых лиц, принимающих психотропные препараты
   г) все перечисленные
   д) ничего из перечисленного
5. Спектр психотропной активности хлорпромазина включает
   а) седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)
   б) общее антипсихотическое действие
   а) элективное антипсихотическое действие
   г) антигаллюцинаторное действие
   д) верно а) и б

Ответы на тесты: 1 – г; 2 – г; 3 – в; 4 – г; 5 – д

3. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- умение проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием нейролептиков типичных, атипичных, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- умение проводить купирующую и поддерживающую терапию в стационаре и амбулаторно
- умение предупреждать побочные эффекты биологической терапии нейролептиками
- умение корригировать хронические неврологические побочные эффекты терапии нейролептиками
- умение корригировать соматовегетативные побочные эффекты терапии нейролептиками

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения с назначением препаратов для терапии ведущих синдромов

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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. Контакту доступна. 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.

Решение.

1. 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)

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

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.

3. 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 (акатиноламемантин, глиатилин).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная Т., 30 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. После окончания школы вышла замуж, уехала с мужем от родителей в другой город. Через несколько лет после отъезда получила известие о смерти матери и о тяжелом физическом состоянии отца. Сильно переживала, на работе взяла отпуск, поехала на похороны. Когда вернулась в родной город, узнала, что отец также скончался. Весь день плакала, ночью не могла спать. Во время похорон почувствовала себя плохо, упала в обморок. После похорон была вынуждена задержаться, так как необходимо было решать вопрос о наследовании квартиры. По-прежнему сильно переживала случившееся, не могла сосредоточится, ночью почти не спала, чувствовала себя ослабленной. Днем, на улице стала замечать за собой какого-то незнакомого подозрительного мужчину, который, казалось, все время за ней наблюдает. В этот же день машина, в которой ехала больная, была остановлена сотрудником ГАИ для проверки. Это ей показалось странным, появилась мысль, что тот незнакомый мужчина и сотрудник ГАИ между собой как-то связаны. Стала подозрительной, напряженной. Чуть позже поняла, что это «мафия», которая хочет завладеть ее квартирой. Предположение усилилось, когда заметила, как возле ее дома одна машина сменяет другую, поняла, что за ней следят. Ночью слышала за дверью какие-то шумы, голоса, казалось, что говорят о ней. Внезапно услышала, что дверь пытаются сломать, схватила топор и выпрыгнула из окна второго этажа, спасаясь от преследователей. Была госпитализирована в психиатрическую больницу. Через сутки осознала, что это «казалось»,

была спокойна, упорядочена в поведении, рассказывала о своих переживаниях.

Задача 2

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

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач, обсуждение историй болезни пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, формированием синдромов, формулировкой предположительного диагноза и назначением терапии с дальнейшим обсуждением в группе.

Дискуссия на тему «Типичные и атипичные антипсихотики, что более эффективно?»

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*
2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1) Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения.
2) Седативные нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
3) Типичные нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, клопиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
4) Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
5) Атипичные антипсихотики (оланзапин, рисперидон, палиперидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
6) Атипичные антипсихотики (кветиапин, сертиндол, арипипразол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
7) Атипичные антипсихотики (амисульприд, зипрасидон, клозапин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
8) Атипичные антипсихотики (карипразин, луразидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
9) Нейролептики пролонгированного действия (модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо, галоперидола-деканоат). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на депо – формы.
10) Атипичные антипсихотики пролонгированного действия (рисперидон «Рисполепт Конста», палиперидон, «Ксеплион»). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на пролонгированные формы.
11) Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Коррекция нарушений.
12) Терапевтическая резистентность. Виды резистентности. Пути преодоления терапевтической резистентности.

13) Корректоры экстрапирамидных побочных эффектов. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Спектр психотропной активности трифлоуперазина выражается всем перечисленным, кроме
   а) стимулирующего энергизирующего эффекта
   б) седативного эффекта
   в) антипсихотического действия
   г) нормотимического эффекта
   д) воздействия на галлюцинаторную симптоматику
2. Спектр психотропной активности клозапина включает все перечисленное, кроме
   а) гипнотического эффекта
   б) антидепрессивного эффекта
   в) седативного эффекта
   г) высокого антипсихотического эффекта
   д) действия на прогредиентность процесса в целом
3. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме
   а) седативного эффекта
   б) антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
   в) антиманиакального эффекта
   г) активирующего эффекта
   д) тимоаналептического эффекта
4. К особенностям общей характеристики нейролептиков-пролонгов относятся
   а) изменение суточных доз препарата
   б) освобождение больного от многократных приемов препарата
   в) усовершенствование организации лечебного процесса
   г) верно б) и в)
   д) все перечисленное
5. К атипичным нейролептикам относится:
   а) трифлуоперазин
   б) перициазин
   в) арипипразол
   г) галоперидол
6. Левомепромазин более эффективен
   а) при онейроидно-кататоническом возбуждении
   б) при тревожно-депрессивном возбуждении
   в) придепрессивно-параноидном возбуждении
   г) при маниакальном возбуждении
7. Нейролептиками при шизофрении купируют
   а) галлюцинаторно-бредовые расстройства
   б) апато-абулические расстройства
   в) аутистические расстройства
   г) инкогеренцию
8. К нейролептикам с седативным эффектом относятся
   а) хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, оланзапин, хлорпротексен
   б) перфеназин, рисперидон, сульпирид, тиаприд
   в) миансерин, флувоксамин, амитриптилин
   г) зопиклон, золпидем, доксиламин, мидазолам, нитразепам
9. Неврологические расстройства при лечении нейролептиками проявляются
   а) парестезией, астазией, абазией
   б) нистагмом, анизокорией, асимметрией носогубных складок
   в) дистонией, паркинсонизмом, акатизией
   г) симптомами натяжения, ассиметрией сухожильных рефлексов

10. Положительный эффект на негативную симптоматику при шизофрении оказывают
    а) клозапин, рисперидон, кветиапин, амисульпирид, оланзапин, арипипразол
    б) хлорпромазин, галоперидол, перициазин
    в) зопиклон, золпидем, доксиламин, мидазолам, нитразепам
    г) миансерин, флувоксамин, амитриптилин

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

4) Решить ситуационные задачи для закрепления полученных знаний:

Задача 1

Больная К., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. Закончила 10 классов средней школы, классы не дублировала. После окончания школы работала продавцом, кассиром. Замужем с 22 лет, от брака имеет дочь 20 лет. В возрасте 29 лет перенесла ЗЧМТ с потерей сознания, лечилась стационарно. С 20 лет употребляет спиртное, сформирован абстинентный синдром, ранее отмечались запои. В последние 3 года не работает, т.к., со слов больной, стала сильно уставать, с работой не справлялась. Алкоголь употребляет эпизодически, запои отрицает. В возрасте 40 лет была госпитализирована в больницу в связи с галлюцинаторно-бредовым синдромом: внезапно появились «голоса», звучащие в голове, приказного характера, была тревожна, напряжена, настроение снижено. Под воздействием галлюцинаций пыталась убить свою собаку, было ощущение, что в голове «компьютер, который указывает, что надо делать». В стационаре свое состояние диссимулировала, в результате чего была выписана через 5 дней. После выписки проживала дома, по-прежнему не работала, периодически слышала «голоса» приказного характера внутри головы, была астенизирована, вялая, настроение снижено, дома бездеятельна. В связи с галлюцинациями обратилась к психиатрам, была вновь госпитализирована в больницу, лечилась в течение 40 дней. После выписки дома сохранялось сниженное настроение, апатия. Последняя госпитализация связана с суицидальной попыткой на фоне сниженного настроения (медикаментозное отравление азалептином). На момент госпитализации больная находилась в коме, которая продолжалась в течение 3 суток. На 50-й день с момента поступления при беседе эмоционально лабильна, слезлива. На вопросы отвечает правильно. Бреда, обманов восприятия выявить не удается. Не всегда понимает смысл задаваемых вопросов, переспрашивает. Настроение снижено. Свою суицидальную попытку своей неустроенностью в жизни. Жалуется на слабость. В поведении упорядочена.

При экспериментально-психологическом исследовании выявляется утомляемость, склонность к конкретности мышления, незначительное снижение кратковременной и долговременной памяти, неустойчивое внимание, легкое снижение интеллекта.

Ответьте на вопросы:

1. Назовите симптомы и синдромы
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Определите план лечения, назначьте препараты в соответствии с ведущими синдромами

Задача 2

Пациент Ш., 36 лет, работник полиции. Участвовал в боевых действиях, получил ЧМТ минно-взрывного характера. Доставлен в судебно-психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей фашистов!» - выбежал на улицу. Соседи видели, как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, притом оказал бурное сопротивление. Был возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «фашистов». Недалеко от него на земле лежали трое раненых случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении полиции, долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Он помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти больного. Убедившись в реальности произошедших событий, он дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.

Ответьте на вопросы:

1. Назовите симптомы и синдромы
2. Поставьте предварительный диагноз
3. Определите план лечения, назначьте препараты в соответствии с ведущими синдромами

5) Подготовить обзор психиатрических журналов по темам: Биологическая терапия: нейролептики, показания к применению, побочные эффекты и их коррекция.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.2. Биологическая терапия: антидепрессанты

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по использованию антидепрессантов для лечения психических расстройств

Задачи:

1. Рассмотреть классификацию антидепрессантов.
2. Изучить общие принципы терапии с использованием антидепрессантов, методы преодоления медикаментозной резистентности к антидепрессантам.
3. Углубить теоретические знания по механизмам действия антидепрессантов.
4. Систематизировать теоретические знания о показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах и осложнениях антидепрессантов.
5. Обучить практическим навыкам применения антидепрессантов.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: фармакологические характеристики антидепрессантов.

2) После изучения темы:

клиническое применение и прогноз при использовании антидепрессантов, побочные эффекты, показания и противопоказания, методы коррекции побочных эффектов и преодоления медикаментозной резистентности.

Обучающийся должен уметь:

- назначать антидепрессанты с учетом механизмов их действия и побочных эффектов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками умения проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием антидепрессантов, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- навыками умения проводить купирующую и поддерживающую терапию антидепрессантами в стационаре и амбулаторно
- навыками умения предупреждать и корригировать побочные эффекты биологической терапии антидепрессантами

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Антидепрессанты. Механизм действия, классификация. Клиническое применение.
2. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).

3. Обратимые и необратимые ингибиторы МАО (ниаламид, пиразидол, моклобемид).
4. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно норадреналина (мапротилин, нортриптилин).
5. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно серотонина (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин, флуоксетин, флувоксамин).
6. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, смешанного типа (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран).
7. Блокаторы серотониновых и адреналиновых рецепторов (миансерин, миртазапин).
8. Препарат с действием на мелатонинергическую систему (агомелатонин).
9. Основные приемы и тактика лечения терапевтически резистентных депрессий.
10. Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами.

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- умение проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием антидепрессантов, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- умение проводить купирующую и поддерживающую терапию антидепрессантами в стационаре и амбулаторно
- умение предупреждать и корригировать побочные эффекты биологической терапии антидепрессантами

3. Решить тестовые задания:

1. Антидепрессанты включают
   а) трициклические (соединения) антидепрессанты
   б) четырехциклические антидепрессанты
   в) ингибиторы моноаминоксидазы
   г) все перечисленное
   д) ничего из перечисленного
2. Препараты кломипрамин, имипрамин, пипофезин относятся к группе
   а) трициклических антидепрессантов
   б) бензодиазепиновых транквилизаторов
   в) ингибиторов моноаминоксидазы
   г) производных фенотиазина
3. Для купирования тяжелого депрессивного эпизода показано назначение препаратов
   а) диазепам, нитразепам, лоразепам
   б) амитриптилин, кломипрамин, имипрамин
   в) алимемазин, сульпирид, галоперидол
   г) топирамат, ламотриджин, карбамазепин
4. Для поддерживающей терапии депрессии наиболее безопасными считаются препараты
   а) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
   б) бензодиазепиновые транквилизаторы
   в) производных фенотиазина
   г) трициклические антидепрессанты
5. Серотониновый синдром - это показание
   а) к снижению дозы антидепрессанта
   б) к отмене ингибиторов моноаминоксидазы
   в) к замене антидепрессанта
   г) к немедленной отмене всех антидепрессантов

Ответы на тесты: 1 – г, 2 - а, 3 – б, 4 – а, 5 – г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения, назначить препараты для терапии ведущих синдромов

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение

1. Симптомы: снижение настроения, в течение 3 недель, отсутствие интереса к повседневным делам, нежелание жить снижение аппетита, наличие суицидальных мыслей. Внешний вид, характерный для депрессии: скорбное выражение лица, складка Верагута, сидит опустив голову, тоскливо смотрит в окно. Есть признаки классической депрессивной триады: снижение настроения, замедление мышления и двигательной активности с кардиалгиями. Синдром: депрессивный, тяжелой степени, с суицидальной настроенностью. Есть триада Протопопова: запоры, сухость слизистых, мидриаз и тахикардия.

2. Диагноз: депрессивный эпизод, тяжелой степени, с суицидальной настроенностью. необходимо дифференцировать депрессивный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное.

3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу, при отказе в недобровольном порядке, т.к. имеется высокий риск суицида.
- антидепрессанты трициклические с седативным действием (амитриптилин в/в, затем с переходом на per os); нормотимики (соли лития или карбамазепин) при подозрении на БАР.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная М., 48 лет. В течение 6 мес. постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве. У больной тоскливое, напряженное выражение лица, испытывает страх и тревогу за семью. Опасается, что с нею и с ее родными может случиться что-то, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заниматься, все "валится из рук", ни к чему нет интереса, все потеряло смысл. У сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т.к. она не может работать в таком состоянии, не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они скрывают от нее неизлечимую болезнь. Суетлива, временами возбуждение нарастает, ломает руки, мечется по палате

Задача 2

Пациент Г., 25 лет, инженер-проектировщик. Проживает один. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. Со слов родственников, в последнее время бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ терапии пациентов с психическими расстройствами по историям болезни, обсуждение историй болезни пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, формированием синдромов, формулировкой предположительного диагноза и назначением терапии с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Антидепрессанты. Механизм действия, классификация. Клиническое применение.
2. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).
3. Обратимые и необратимые ингибиторы МАО (ниаламид, пиразидол, моклобемид).
4. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно норадреналина (мапротилин, нортриптилин).
5. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно серотонина (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин, флуоксетин, флувоксамин).
6. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, смешанного типа (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран).
7. Блокаторы серотониновых и адреналиновых рецепторов (миансерин, миртазапин).
8. Препарат с действием на мелатонинергическую систему (агомелатонин).
9. Основные приемы и тактика лечения терапевтически резистентных депрессий.
10. Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами. Серотониновый синдром. Клиника, терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. К тяжелым осложнениям трициклических антидепрессантов относятся
   а) остановка сердца, острая задержка мочи
   б) миастения, апное
   в) эпилептический статус
   г) злокачественная гипертермия
2. Противопоказаниями к назначению амитриптилина являются
   а) миастения, заболевания легких
   б) заболевания сердца, глаукома, аденома предстательной железы, запоры
   в) токсические и сосудистые энцефалопатии
   г) тревожно-фобические расстройства
3. Средние суточные дозы сертралина для купирования депрессивного эпизода у взрослых составляют
   а) 100-150 мг/сут
   б) 250-300 мг/сут
   в) 150-250 мг/сут
   г) 25-50 мг/сут
4. Нормотимический эффект при приеме антидепрессантов наблюдается
   а) на следующий день приема
   б) при достижении средней терапевтической дозы
   в) через 2-4 недели
   г) только на максимальных дозах препарата
5. При биполярном аффективном расстройстве прием антидепрессантов опасен развитием
   а) маниакального психоза
   б) эпилептического статуса
   в) кататонического возбуждения
   г) реактивного параноида

6. При ажитированной депрессии дополнительно к антидепрессантам могут быть назначены
   а) хлорпромазин, галоперидол
   б) имипрамин, флуоксетин
   в) топирамат, ламотриджин
   г) алпразолам, лоразепам, диазепам
7. Какой из перечисленных препаратов не является антидепрессантом?
   а) амитриптилин
   б) имипрамин (мелипрамин)
   в) хлорпромазин (аминазин)
   г) сертралин
8. Заболевания сердечно-сосудистой системы, глаукома, аденома предстательной железы, хронические запоры являются противопоказанием для назначения:
   а) фенотиазиновых нейролептиков
   б) бензодиазепинов
   в) трициклических антидепрессантов
   г) антиконвульсантов
9. Недопустимым считают сочетание
   а) галоперидола и тригексифенидила (циклодола)
   б) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторов моноаминоксидазы (МАО)
   в) диазепама и трициклических антидепрессантов
   г) карбамазепина и ацетазоламида (диакарб)
10 Наименее токсичными средствами считают
   а) нейролептики – производные фенотиазина (хлорпромазин, левомепромазин)
   б) трициклические антидепрессанты
   в) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
   г) барбитураты

Ответы на тесты: 1 - а, 2 - б, 3 - а, 4 - в, 5 - а, 6 - г, 7 - в, 8 - в, 9 - б, 10 - в

4) Решить ситуационные задачи для закрепления полученных знаний

Задача 1

Больной 19 лет. С 14 лет стали возникать колебания настроения, появилось чувство апатии, ничего не хотелось делать, ощущал свою беспомощность, утомляемость, такие состояния проходили через 2-3 недели. С 15 лет возникает постоянное желание мыть руки, проводил за этим занятием много времени, после того, как отходил от умывальника, сразу возникала мысль, что руки всё-таки грязные, понимал нелепость своих опасений, но ничего не мог с собой поделать. Мысль о загрязнении постоянно преследовала больного. Постепенно стал меняться по характеру стал замкнутым, растерял друзей, ничем не занимался, бросил учебу, целыми днями проводил дома, был пассивен, холоден к близким. Был стационирован.

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения, назначить препараты для терапии ведущих синдромов

Задача 2

Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной. Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас. Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их! Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке. Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со

мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения, назначить препараты для терапии ведущих синдромов

5) Подготовить обзор психиатрических журналов по темам: применение антидепрессантов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.3. Биологическая терапия: транквилизаторы

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по использованию транквилизаторов для лечения психических расстройств

Задачи:

1. Рассмотреть классификацию транквилизаторов.
2. Изучить общие принципы терапии с использованием транквилизаторов.
3. Углубить теоретические знания по механизмам действия транквилизаторов.
4. Систематизировать теоретические знания о показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах и осложнениях транквилизаторов.
5. Обучить практическим навыкам применения транквилизаторов

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: фармакологические характеристики транквилизаторов.

2) После изучения темы:

клиническое применение и прогноз при использовании транквилизаторов, побочные эффекты, показания и противопоказания, методы коррекции побочных эффектов.

Обучающийся должен уметь:

- назначать транквилизаторы с учетом механизмов их действия и побочных эффектов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками умения проводить психофармакотерапию с использованием транквилизаторов, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- навыками умения проводить купирующую и поддерживающую терапию транквилизаторами в стационаре и амбулаторно
- навыками умения предупреждать и корригировать побочные эффекты транквилизаторов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Транквилизаторы. Классификация, показания к применению.
2. Бензодиазепиновые транквилизаторы, механизм действия, классификация, побочные эффекты и осложнения.
3. Бензодиазепиновые транквилизаторы (хлозепид, сибазон, феназепам, лоразепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты

4. Бензодиазепиновые транквилизаторы (нозепам, мезапам, гидазепам, альпразолам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
5. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом короткого действия (триазолам, мидазолам, зопиклон, золпидем), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
6. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом длительного действия (флунитразепам, флуразепаморм, нитразепам, клоназепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
7. Небензодиазепиновые транквилизаторы (мебикар, триоксазин, этифоксин, тофизопам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
8. Небензодиазепиновые транквилизаторы (буспирон, гидроксизин, адаптол (тетраметилтетраазабициклооктандион), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
9. Небензодиазепиновые транквилизаторы (метапрот, гидазепам, селанк), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
10. Небензодиазепиновые транквилизаторы (авиандр, стрезам) особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- умение проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием транквилизаторов, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечный, пероральный
- умение проводить купирующую и поддерживающую терапию транквилизаторами
- умение предупреждать и корригировать побочные эффекты биологической терапии транквилизаторами

3. Решить тестовые задания:

1. Сибазон показан при лечении всего перечисленного, кроме
   а) интерпретативного бреда
   б) тревоги, опасений при навязчивостях
   в) гиподинамических проявлений невротических расстройств
   г) вегето-сосудистых расстройств невротического генеза
2. Спектр психотропной активности феназепама включает все перечисленные эффекты, кроме
   а) седации
   б) антифобического
   в) выраженного миорелаксирующего
   г) противосудорожного
   д) вегетотропного
3. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме
   а) производных пропандиола (меробамат)
   б) производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин)
   в) дифенилметана (амизил)
   г) ингибиторов моноаминоксидазы
   д) производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.)
4. К транквилизаторам с активизирующим эффектом относится:
   а) сибазон
   б) феназепам
   в) хлозепид
   г) тофизопам
5. К наиболее характерным сомато-неврологическими проявлениями состояния опьянения транквилизаторами (бензодиазепинами) не относится:
   а) дизартрия, персеверации

б) бледность кожных покровов
в) повышение мышечного тонуса
г) мидриаз и вялая реакции их на свет

Ответы на тестовые задания:1 – а; 2 – в; 3 – г; 4 – г, 5 - в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения с назначением препаратов для терапии ведущих синдромов

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Н., 45 лет. Жалобы при поступлении на тревогу, плохой сон с частыми пробуждениями, приступы с колющими болями в области сердца, сопровождающиеся головокружением, потливостью, ознобом, продолжающиеся до 10-15 минут, во время которых боится умереть. Неоднократно вызывала по этому поводу скорую помощь. Обследована у кардиолога – патологии не обнаружено. Данные жалобы впервые появились после стресса, 2 месяца назад, когда пьяный муж устроил скандал, угрожал убить пациентку. Ухудшение в течение недели связано с переживаниями по поводу злоупотребления мужем алкоголем,

Решение.

1. Симптомы: тревога, плохой сон с частыми пробуждениями, страх смерти - танатофобия. Панические атаки: приступы с колющими болями в области сердца, сопровождающиеся головокружением, потливостью, ознобом, продолжающиеся до 10-15 минут, во время которых боится умереть. Синдромы: тревожно-фобический и панические атаки

2. Диагноз предварительный: Расстройство адаптации. Тревожный вариант. Панические атаки.

3. Необходимо назначить препараты анксиолитического действия (феназепам) – коротким курсом, с дальнейшей отменой через 2-3 недели и переходом на антидепрессанты (флувоксамин), Ведущая роль в терапии возникшего состояния отводится проведению психотерапии. Необходима индивидуальная и семейная формы психотерапии.

3)Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная А., 43 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно. В возрасте 14 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. Обследовалась у невропатолога по месту жительства, рекомендован прием противоэпилептических препаратов. После окончания школы проработала машинисткой на швейной фабрике в течение 20 лет, не замужем. На фоне приема ПЭП приступы 1-2 раза в 2-3 месяца, приступ начинался с поворота головы вправо, в дальнейшем больная теряла сознание, падала, наблюдались тонико-клонические судороги длительностью 1,5-2 минуты. Приступ заканчивался глубоким сном длительностью 2-3 часа. Ухудшение состояния произошло после того, когда больная была уволена с предприятия по сокращению штатов. Приступы участились до 2-3 раз в неделю, их продолжительность увеличилась, в связи с чем больная была госпитализирована в стационар. При осмотре врачом больная внезапно упала, при попытке открыть глаза сопротивлялась осмотру, не реагировала на внешние раздражители, наблюдались судорожные подергивания рук и ног, такое состояние длилось 10-12 минут, после чего больная встала, села на стул, жаловалась на слабость и головные боли.

При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти.

На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга.

Задача 2

Пациент 26 лет. Заболел 1,5 мес. назад, когда на фоне неприятностей на работе появилась тревога, стал раздражительным, срывался на подчиненных. Возникла бессонница с трудностями засыпания,

поверхностным, прерывистым сном. Перед сном прокручивал в голове события текущего дня, отмечал волнение за будущее. Аппетит снижен, похудел за 1,5 месяца на 4 кг. Испытывая опасения за здоровье, обследовался, обращался к терапевту, неврологу, патологии обнаружено не было.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ терапии пациентов с психическими расстройствами по историям болезни, обсуждение историй болезни пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, формированием синдромов, формулировкой предположительного диагноза и назначением терапии с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Транквилизаторы. Классификация, показания к применению.
2. Бензодиазепиновые транквилизаторы, механизм действия, классификация, побочные эффекты и осложнения.
3. Бензодиазепиновые транквилизаторы (хлозепид, сибазон, феназепам, лоразепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
4. Бензодиазепиновые транквилизаторы (нозепам, мезапам, гидазепам, альпразолам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
5. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом короткого действия (триазолам, мидазолам, зопиклон, золпидем), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
6. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом длительного действия (флунитразепам, флуразепаморм, нитразепам, клоназепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
7. Небензодиазепиновые транквилизаторы (мебикар, триоксазин, этифоксин, тофизопам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
8. Небензодиазепиновые транквилизаторы (буспирон, гидроксизин, адаптол (тетраметилтетраазабициклооктандион), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
9. Небензодиазепиновые транквилизаторы (метапрот, гидазепам, селанк), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
10. Небензодиазепиновые транквилизаторы (авиандр, стрезам) особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. В отношении каких симптомов эффективны транквилизаторы
   а) сниженное настроение
   б) тревога, нарушения сна
   в) галлюцинации
   г) бред
2. Какой из перечисленных препаратов не является транквилизатором?
   а) амитриптилин
   б) диазепам
   в) алпразолам
   г) лоразепам
3. Противопоказанием к назначению бензодиазепиновых транквилизаторов являются
   а) ажитированная депрессия
   б) алкогольный делирий
   в) дыхательная недостаточность
   г) ничего из перечисленного

4. При тревожно-фобическом расстройстве показано назначение препаратов
а) бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, алпразолам, гидроксизин
б) топирамат, ламотриджин, леветирацетам
в) хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин
г) тиоридазин, хлорпротексен, сульпирид
5. Транквилизаторы ...
а) повышают настроение, а также уменьшают соматовегетативные нарушения, обусловленные депрессией
б) положительно влияют на познавательные функции, стимулируют обучение, усиливают процессы запоминания, повышают устойчивость мозга к различным неблагоприятным факторам и экстремальным нагрузкам
в) снимают тревогу, эмоциональную напряженность, страх непсихотического происхождения, облегчают процесс адаптации к стрессогенным факторам
г) регулируют аффективные проявления и обладают профилактическим действием при фазнопротекающих аффективных психозах
6. Действие транквилизаторов, производных азаспиродекандиона, реализуется через следующие механизмы:
а) блокада D2-рецепторов.
б) частичный агонизм серотониновых 5-НТ1а-рецепторов.
в) усиление ГАМК-ергических влияний.
г) стимуляция адренергических структур мозга.
7. К дневным транквилизаторам относятся препараты
а) оксазепам, гидроксизин, тофизопам
б) диазепам, алпрозолам, лоразепам
в) сертралин, флувоксамин, пароксетин
г) тиоридазин, перициазин, алимемазин
8. На второй день резкой отмены нитразепама у пациента наблюдается бессонница раздражительность, тревожность, нервозность – это симптоматика соответствует
а) мании
б) синдрому отмены
в) нейролепсии
г) нарколепсии
9. Мужчина внезапно упал на пол, вытянулся в струну, не реагирует на речь, арефлексия зрачков, через 10 секунд появились симметричные подергивания конечностей, пенистые выделения изо рта – в данном случае показано введение
а) раствор диазепам 0,5% – 2 мл (10 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
б) раствор хлорпромазин (аминазин) 2,5% – 2 мл (50 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
в) раствор амитриптилин 1% – 2 мл (20 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
г) раствор дифенгидрамин (димедрол) 1% –1 мл (10 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
10. Пожилым пациентам с выраженной тревогой целесообразнее назначать транквилизаторы
а) с миорелаксирующим эффектом (клоназепам)
б) со снотворным эффектом (нитразепам)
в) с кратковременным анксиолитическим эффектом (алпразолам)
г) с продолжительным анксиолитическим эффектом (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)

Ответы на тесты: 1 - б, 2 - а, 3 - в, 4 - а, 5 - в, 6 - б, 7 - а, 8 - б, 9 - а, 10 - в.

4) Решить ситуационные задачи для закрепления полученных знаний:

Задача 1

Пациентка К. 36 лет. Наследственность психическими расстройствами не отягощена. С детства отличалась тревожным, мнительным характером. Была застенчивой, с трудом адаптировалась в новой обстановке, предпочитала спокойные уединенные занятия. С отличием окончила школу и вуз, получила специальность бухгалтера. Ответственно подходила к работе, тревожилась за результат. В периоды подготовки отчетов беспокоили трудности засыпания из-за наплывов тревожных мыслей о работе. В браке с 24 лет, доверяла супругу принятие важных решений, следовала его советам. Беременность в 28 лет и послеродовый период без патологии. Была тревожной, контролирующей матерью. В 32 года на фоне неприятностей на работе (угроза увольнения в связи со сменой руководства) впервые отметила появление трвоги, ощущения «впустую потраченного на карьеру времени». Беспокоила тревога о будущем, представляла последствия ухудшения материального состояния семьи. Была плаксива. Тревога сопровождалась неприятными ощущениями внутреннего напряжения, дрожи в теле, учащенным сердцебиением. Нарушился сон по типу трудностей засыпания. Снизился аппетит, похудела на 4 кг за 2 месяца.

Задача 2

У пациента, 29 лет, на похоронах отца, умершего от остановки сердца, наблюдалось учащенное сердцебиение, полуобморочное состояние, после чего подобные приступы стали возникать без причины, нарушился сон, постоянно испытывает страх внезапной смерти, терапевтическое обследование патологии не выявило, понимает абсурдность страхов, но избавиться от них не может.

5) Подготовить обзор психиатрических журналов по темам: применение транквилизаторов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.4. Биологическая терапия: нормотимики, ноотропы, психостимуляторы

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по использованию нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов для лечения психических расстройств

Задачи:

1. Рассмотреть классификацию нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов.
2. Изучить общие принципы терапии с использованием нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов
3. Углубить теоретические знания по механизмам действия нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов.
4. Систематизировать теоретические знания о показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах и осложнениях нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов.
5. Обучить практическим навыкам применения нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: фармакологические характеристики нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов.

2) После изучения темы:

клиническое применение нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов, побочные эффекты, показания и противопоказания.

Обучающийся должен уметь:

- назначать нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов с учетом механизмов их действия и побочных эффектов для лечения пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками умения проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечных, пероральный
- навыками умения предупреждать и корригировать побочные эффекты биологической терапии нормотимиками, ноотропами, психостимуляторами.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Нормотимики. Классификация, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
2. Соли лития, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
3. Препараты вальпроевой кислоты, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
4. Карбамазепины, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
5. Ноотропы. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
6. Ноотропы, производные ГАМК (пирацетам, аминалон, пантогам, пикамилон, натрия оксибутират), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
7. Производные пиридоксина (пиридитол), аминокислотные препараты (кортексин, церебролизин), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
8. Аминофенилмасляная кислота (фенибут), винпоцетин, акатинола мемантин механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
9. Психостимуляторы (фенамин, сиднокарб, фенотропил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
10. Антихолинэстеразные препараты (галантамин, ривастигмин, донепезил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- умение проводить дифференцированную психофармакотерапию с использованием нормотимиков, ноотропов, психостимуляторов, с учетом разных способов их введения, включая внутривенный, внутримышечный, пероральный
- умение проводить терапию нормотимиками, ноотропами, психостимуляторами в стационаре и амбулаторно
- умение предупреждать и корригировать побочные эффекты биологической терапии нормотимиками, ноотропами, психостимуляторами

3. Решить тестовые задания:

1. Препаратами выбора при болезни Альцгеймера являются
   а) нейрометаболические препараты (пирацетам, церебролизин)
   б) сосудистые препараты (винпоцетин, циннаризин)
   в) ингибиторы холинэстеразы (галантамин, ривастигмин)
   г) холиномиметики (холина альфосцерат)
2. На ранних этапах церебрального атеросклероза эффективны препараты
   а) сосудистые (винпоцетин, циннаризин, пентоксифиллин)
   б) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин)
   в) нейрометаболические (актовегин, церебролизин)
   г) нормотимики (соли лития, карбамазеприн)

3. Лечение астенического варианта посттравматического психоорганического синдрома включает
   а) ноотропы
   б) нормотимики
   в) сосудистые препараты
   г) нейролептики
4. При эксплозивном варианте посттравматического психоорганического синдрома показано назначение
   а) нейролептиков (перициазин, тиоридазин)
   б) бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам)
   в) нормотимиков (карбамазепин, вальпроевая кислота)
   г) антидепрессантов (флуоксетин)
5. Психостимуляторы включают
   а) амфетамины
   б) производные дифенилметана (пиридрол, меридил)
   в) сиднонимины (сиднокарб, сиднофен)
   г) все перечисленное

Ответы на тесты:1- в, г; 2- а, в; 3- а, в; 4 - а, в, 5 - г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- план лечения с назначением препаратов в соответствии с ведущим синдромом

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

Решение.

1. Основные синдромы: у пациентки отмечаются апраксия, аграфия, слабоумие, тотальная деменция
2. Диагноз: болезнь Альцгеймера.
3. Терапия: церебролизин, донепизил, акатинола мемантин, симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

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

Задача 2.

Пациентка 57 лет, поступила с жалобами на резкое снижение памяти, усталость, колебания настроения, частые головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой. На приеме больная часто не может подобрать нужное слово, считает с ошибками, тремор пальцев рук, в позе Ромберга отклоняется вправо.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ терапии пациентов с психическими расстройствами по историям болезни, обсуждение историй болезни пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, формированием синдромов, формулировкой предположительного диагноза и назначением терапии с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Нормотимики. Классификация, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
2. Соли лития, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
3. Препараты вальпроевой кислоты, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
4. Карбамазепины, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
5. Ноотропы. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
6. Ноотропы, производные ГАМК (пирацетам, аминалон, пантогам, пикамилон, натрия оксибутират), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
7. Производные пиридоксина (пиридитол), аминокислотные препараты (кортексин, церебролизин), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
8. Аминофенилмасляная кислота (фенибут), винпоцетин, акатинола мемантин механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
9. Психостимуляторы (фенамин, сиднокарб, фенотропил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
10. Антихолинэстеразные препараты (галантамин, ривастигмин, донепезил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Побочные действия и осложнения при лечении психостимуляторами (сиднокарб, сиднофен) включают все перечисленное, кроме
   а) головной боли
   б) понижения кровяного давления
   в) сухости во рту
   г) болей в сердце
   д) аллергического зуда
2. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
   а) адаптогенного
   б) вазовегетативного
   в) антипаркинсонического
   г) антидискинетического
   д) антибредового
3. Клинические показания к назначению ноотропов включают
   а) травматические поражения головного мозга
   б) сосудистые поражения головного мозга
   в) инфекционные поражения головного мозга
   г) верно а) и в)
   д) все перечисленном
4. Ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все следующие воздействия, кроме
   а) адаптогенного
   б) вазовегетативного

в) антипаркинсонического
г) антидискинетического
д) антибредового

5. Эффективность купирующей терапии солями лития зависит
а) от "чистоты" маниакального, гипоманиакального синдрома
б) от прогредиентности процесса в целом
в) от степени выраженности изменений личности
г) от всего перечисленного
д) ни от чего из перечисленного

6. Противопоказаниями к терапии солями лития являются
а) болезни почечно-выделительной системы
б) ревматоидный артрит
в) болезни желудочно-кишечного тракта
г) верно а) и в)
д) все перечисленным

7. Клинические показания к назначению терапии солями лития включают все перечисленное, кроме
а) маниакально-депрессивного психоза
б) эпилепсии
в) шизоаффективных психозов
г) аффективных колебаний при психопатиях

8. Общеукрепляющая терапия предусматривает
а) применение стимуляторов, ноотропов, мягко действующих психоактивирующих препаратов
б) витамины,
в) физические методы лечения - гидропроцедуры, дарсонвализация, электрофорез, электросон
г) все перечисленное
д) верно а) и в)

9. Средства, регулирующие аффективные проявления и обладающие профилактическим действием при фазнопротекающих аффективных психозах, называются
а) нормотимики
б) нейролептики
в) антидепрессанты
г) транквилизаторы

10. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме
а) карбоната лития
б) сульфата лития
в) ацетата лития
г) финлепсина

Ответы на тесты:1 – б; 2 – д; 3 – д; 4 – д; 5 – г, 6 – г, 7 – б, 8 – г , 9 – а, 10 - г

4) Решить ситуационные задачи для закрепления полученных знаний:

Задача 1

К психиатру обратился больной по поводу нарушений сна. Сообщил, что в течение 3 недель спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на «ты» и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Настроение приподнятое, смеется, шутит. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, подвижен, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие. За 2 месяца до этого было состояние со сниженным настроением, упадком сил, утомляемостью, снижением интереса к значимым видам деятельности.

Задача 2

Пациентка С. 25 лет. Наследственность психическими расстройствами не отягощена. С детства

была общительна и легко заводила друзей, нравилось быть в центре внимания. Окончила школу, затем медицинское училище, работала медицинской сестрой. С удовольствием принимала ухаживания со стороны противоположного пола, заводила романы. Первый брак – в 19 лет.
В возрасте 21 года на фоне расторжения первого брака по инициативе супруга беспокоила длительная (около полугода) стойкая подавленность, сниженное настроение. Жалела себя, не понимала, как муж мог «совершить подобное предательство». Испытывала чувство тоски в загрудинной области, «будто на душе лежал камень». Была плаксива. Появилась несвойственная ранее неуверенность в себе, не испытывала желания общаться с друзьями, проводила время в одиночестве. Жаловалась родным, что «не чувствует прежнего удовольствия от жизни». С трудом засыпала, просыпаясь чувствовала себя усталой. Потеряла 2-3 кг за 6 месяцев. Вместе с тем продолжала работать. К врачам не обращалась. Состояние постепенно обошлось спустя 6 месяцев. Вернулась к привычному настроению, вскоре повторно вышла замуж. Чувствовала себя удовлетворительно.
Настоящее ухудшение в течение 2 недель. Со слов мужа, стала более возбужденной, не сидела на месте. Пребывала в приподнятом настроении, была более энергичной: неожиданно затеяла ремонт в квартире, заявила, что справится с ним самостоятельно без привлечения строителей, одновременно решила приобрести дом за городом. Вместе с тем была рассеянной, постоянно переключалась с одной идеи на другую, бросала начатое. Стала многоречивой, заводила беседу с незнакомцами в магазине, транспорте, предлагала свою помощь. Узнав о финансовых трудностях у случайной знакомой, подарила той семейные драгоценности. Говорила, что нашла свое призвание – «помогать людям». Резко нарушился сон, спала не более 3-4 часов в сутки. Похудела на 4 кг за 2 недели. После уговоров родных амбулаторно обратилась за психиатрической помощью.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.5. Противоэпилептические препараты

Цель: способствовать усвоению знаний и формированию умений по использованию противоэпилептических препаратов для лечения пациентов с эпилепсией.

Задачи:

1. Рассмотреть классификацию противоэпилептических препаратов.
2. Изучить общие принципы назначения противоэпилептических препаратов.
3. Систематизировать теоретические знания о показаниях, противопоказаниях, побочных эффектах противоэпилептических препаратов.
4. Обучить практическим навыкам применения противоэпилептических препаратов.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
из фармакологии, неврологии и психиатрии: фармакологические характеристики противоэпилептических препаратов.
2) После изучения темы:
клиническое применение, побочные эффекты, показания и противопоказания противоэпилептических препаратов.

Обучающийся должен уметь:

- назначать противоэпилептических препаратов с учетом клинических характеристик и побочных эффектов для лечения пациентов с эпилепсией.

Обучающийся должен владеть:

- навыками умения проводить дифференцированную фармакотерапию с использованием противоэпилептических препаратов
- навыками умения проводить купирующую и поддерживающую терапию в стационаре и амбулаторно пациентам с эпилепсией
- навыками умения предупреждать побочные эффекты биологической терапии противоэпилептическими препаратами

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Общие принципы назначения противоэпилептических препаратов
2. Особенности терапии противоэпилептическими препаратами в зависимости от типа эпилептических приступов.
3. Классификация противоэпилептических препаратов, их характеристика.
4. Показания, противопоказания к назначению групп противоэпилептических препаратов.
5. Побочные эффекты противоэпилептических препаратов и их выявление.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- умение проводить дифференцированную фармакотерапию с использованием противоэпилептических препаратов,
- умение предупреждать побочные эффекты биологической терапии противоэпилептическими препаратами

Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ историй болезни пациентов с эпилепсией.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения с назначением препаратов для терапии ведущих синдромов

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная М., 68 лет. Болеет парциальной височной эпилепсией с 30 лет. Приступы в виде психомоторных автоматизмов в дневное время, сопровождающихся сумеречным нарушением сознания, длительностью до 5-10 мин., проходящие самостоятельно, после приступа наблюдаются явления дезориентировки и растерянности в течение 15-30 мин. Повторяются с частотой 1 раз в 2-3 мес. Наблюдается у невролога. Ранее к психиатру не обращалась.

Поступила в психиатрический стационар в связи с тем, что в течение последнего месяца стала агрессивно вести себя (ругается и дерется) по отношению к брату, который помогает сестре в бытовых вопросах, и к соседям. Утверждает, что брат и соседи ведут за ней наблюдение, проникают в ее квартиру без ее ведома, когда ее нет дома, крадут ее вещи и продукты.

В отделении на фоне терапии в отделении стала спокойнее. В контакт вступает, сведения о себе дает правильно, ориентируется в месте и текущем времени. В беседе выявляются признаки прогрессирующей амнезии (воспроизводит не все события своей биографии). Интеллект снижен (не может назвать названия авторов книг, композиторов, сосчитать простые задачи), обследование по Векслеру – 68 баллов. Снижены кратковременная и долговременная память (из 10 слов запомнила 5, через 30 мин. воспроизвела - 3). Испытывает трудности при установлении причинно-следственных связей и выполнении заданий на абстрагирование. В беседе детализирует, затрудняется выделять главные признаки. Эмоции лабильные, бывает раздражительной или плаксивой. Сон и аппетит не нарушены. Приступов эпилептических в отделении не наблюдалось. Гигиенические навыки выполняет самостоятельно. На свиданиях с братом ведет себя спокойно, бредовых идей в его адрес не высказывает.

На МРТ признаки мезиального склероза гиппокампа

В анамнезе фебрильные приступы до 3 лет. Училась в школе хорошо. Закончила педвуз. Работала библиотекарем в школе до 60 лет, на работе характеризовалась положительно. За мужем не была, детей нет.

Решение.

1. Основные синдромы:

- паранойяльные идеи отношения и материального ущерба,
- психоорганический (снижение памяти, прогрессирующая амнезия, затруднения логического мышления, обстоятельность мышления, эмоциональной лабильности),
- пароксизмальный (психомоторные автоматизмы с сумеречным расстройством сознания).

2. Диагноз: органическое расстройство личности в связи с симптоматической эпилепсией, парциальная, височная с комплексными психомоторными приступами средней частоты. Психоорганический синдром. Органическое бредовое расстройство (транзиторное).

3. Терапия:

- поддерживающая терапия эпилептических приступов – препаратом выбора при парциальных височных приступах является карбамазепин, прием длительный регулярный.
- хлорпротиксен для терапии бредовых переживаний и агрессивного поведения, длительность приема – до нормализации психического состояния (купирование бредовых идей, стабилизация поведения и эмоциональных реакций).
- после выписки из стационара продолжить наблюдение у психиатра амбулаторно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент, 35 лет. Страдает эпилепсией с 3-х лет. Приступы в виде комплексных психомоторных автоматизмов в дневное время и ночных вторично-генерализованных приступов с частотой 3-4 раза в неделю.

Воспитывался бабушкой с рождения, в связи с тем, что родители были лишены прав на ребенка из-за злоупотребления алкоголя. Учился в коррекционной школе на домашнем обучении из-за частых приступов и вспышек агрессивного поведения. Наблюдается у невролога и психиатра. На МРТ – признаки глиозных изменений в височно-лобно-теменных отделах.

В психиатрическом отделении с 25 лет, не дееспособен (родственники отказались от опеки), интеллект снижен (по Векслеру – 58 баллов), самообслуживание выполняет, бывает услужлив с персоналом, в поведении часто импульсивные вспышки ярости и агрессии.

Задача 2

Пациент, 35 лет, наблюдается у психиатра течение 5 лет после перенесенного ушиба мозга, полученного после падения с высоты (суицид). Наблюдается у невролога с гемипарезом. Не работает, имеет 2 группу инвалидности, проживает с матерью. Снижены процессы долговременной и кратковременной памяти, имеется фиксационная и прогрессирующая амнезия, передвигается и выполняет навыки самообслуживания с помощью. Эпизодически бывают неконтролируемые вспышки агрессии на родных. Фон настроения снижен, ворчлив. Во время ночного сна наблюдаются тонические адверсивные приступы 2-3 раза в месяц.

4. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач, обсуждение историй болезни пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, формированием синдромов, формулировкой предположительного диагноза и назначением терапии с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Общие принципы назначения противоэпилептических препаратов
2. Особенности терапии противоэпилептическими препаратами в зависимости от типа эпилептических приступов.

3. Классификация противоэпилептических препаратов, их характеристика.
4. Показания, противопоказания к назначению групп противоэпилептических препаратов.
5. Побочные эффекты противоэпилептических препаратов и их выявление.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Какой эффект противоэпилептических препаратов используется при лечении эпилепсии?
   а) нормализация настроения
   б) седативное действие
   в) антипсихотическое действие
   г) ингибирование патологического эпилептического возбуждения в нейронах
2. На какие нейромедиаторные механизмы влияют противоэпилептические препараты?
   а) стимуляция активности ГАМК-рецепторов
   б) влияние на дофаминовые рецепторы
   в) снижение активности NMDA-рецепторов
   г) регуляция ионных каналов нейронов
3. К блокаторам натриевых каналов относятся
   а) вальпроаты
   б) карбамазепин
   в) топирамат
   г) леветирацетам
4. К блокатоам кальциевых каналов относятся
   а) вальпроаты
   б) топирамат
   в) этосуксимд
   г) ламотриджин
5. Препаратом, стимулирующим синтез ГАМК является
   а) топирамат
   б) леветирацетам
   в) вальпроевая кислота
   г) этосуксимид
6. Препаратами, подавляющим возбуждение глутамат-эргической системы, являются
   а) ламотриджин
   б) топирамат
   в) диазепам
   г) вальпроаты
7. Противоэпилептическим препаратом широкого спектра действия при генерализованных и парциальных эпилептических приступах является группа
   а) карбамазепина
   б) вальпроатов
   в) ламотриджина
   г) этосуксимида
8. При генерализованных простых абсансах препаратом выбора является
   а) карбамазепина
   б) вальпроатов
   в) ламотриджина
   г) этосуксимида
9. Какие психические проявления побочного действия леветирацетама могут наблюдаться у пациентов
   а) психомоторное беспокойство
   б) амнестическая дезориентировка
   в) галлюцинаторно-бредовые психозы
   г) перепады настроения
10. При каких типах эпилептических приступов НЕ показано назначение карбамазепина

а) сложные парциальные
б) абсансы
в) миоклонические
г) вторично-генерализованные

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

4) Заполнить таблицу

Противоэпилептический препарат	*Механизм действия*	*Типы эпилептических приступов, при которых используется препарат*	*Побочные эффекты*

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
3. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.6. Неотложная помощь при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях.

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по оказанию неотложной помощи при психических заболеваниях: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях.

Задачи:

1. Изучить общие принципы неотложной помощи при психических заболеваниях
2. Углубить теоретические знания по оказанию неотложной помощи при аффективных расстройствах; выраженных галлюцинаторно-бредовых синдромах; кататонических состояниях.
3. Систематизировать теоретические знания о неотложной помощи при психических заболеваниях
4. Обучить практическим навыкам синдромальной терапии при неотложных состояниях у пациентов с психическими расстройствами: аффективных состояниях; галлюцинаторно-бредовых состояниях; кататонических состояниях.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: основные принципы оказания неотложной помощи при психических заболеваниях

2) После изучения темы:

купирование неотложных состояний у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен уметь:

- проводить терапию неотложных состояний у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками купирования неотложных состояний у пациентов:
  - психомоторное возбуждение
  - суицидальное и аутоагрессивное поведение
  - острые галлюцинаторно-бредовые синдромы

- кататонический синдром

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Какие состояния относятся к неотложным в психиатрии
2. Неотложная помощь пациентам с психомоторным возбуждением.
3. Виды психомоторного возбуждения, особенности оказания медицинской помощи
4. Неотложная помощь пациентам с суицидальным и аутоагрессивным поведением,
5. Неотложная помощь пациентам с галлюцинаторно-бредовыми синдромами
6. Неотложная помощь пациентам с кататоническим синдромом.
7. Неотложная помощь пациентам с паническими атаками и сомато-вегетативными кризами
8. Особенности ухода за психически больными (при отказе от еды, с суицидальными тенденциями).
9. Особенности ухода за психически больными (со склонностью к побегам, агрессии).

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков: купировать неотложные состояния:

- психомоторное возбуждение,
- суицидальное и аутоагрессивное поведение
- острые галлюцинаторно-бредовые синдромы
- кататонический синдром

3. Решить тестовые задания:

1. Для купирования возбуждения при острых психотических расстройствах наиболее эффективны
   а) транквилизаторы
   б) нейролептики
   в) нормотимики
   г) психостимуляторы
2. Препарат, применяемый при остановке сердца:
   а) адреналин
   б) преднизолон
   в) теофедрин
   г) кордиамин
3. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются:
   а) неотложная госпитализация пациента в психиатрический стационар
   б) амбулаторное лечение у психиатра
   в) санаторно-курортное лечение
   г) строгий надзор (возможность неожиданных поступков, агрессии)
   д) введение антидепрессантов
4. Суицидальную опасность представляют следующие состояния:
   а) психастеническая депрессия
   б) ироническая депрессия
   в) депрессии с депрессивным бредом
   г) ажитированная депрессия
   д) меланхолическая депрессия
5. Для купирования психомоторного возбуждения при алкогольном делирии используют
   а) хлорпромазин
   б) тиоридазин
   в) амитриптилин
   г) диазепам

Ответы на тестовые задания: 1– б; 2 –а; 3 – а,г; 4 – в,г,д; 5 –а

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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

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

Решение

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

Диагноз поставлен на основании:

- чрезвычайной остроты и быстроты симптоматики в развитии последнего приступа. В течение нескольких дней резчайшее кататоническое возбуждение сменяется кататоническим ступором с развитием онейроидного помрачения сознания. Ухудшение психического состояния коррелирует с утяжелением соматического статуса. Появление температурной кривой неправильного характера с фебрильными цифрами, неустойчивость АД, вегетативные расстройства, отсутствие соматических причин повышения температуры позволяют говорить о фебрильном приступе шизофрении тяжелой степени.
- особенностей заболевания в целом (достаточно четко очерченные приступы депрессивно-параноидной структуры, высокий уровень социальной адаптации и минимальная выраженность изменений личности) позволяют говорить о приступообразном течении параноидной шизофрении. В преморбидном периоде обращает на себя внимание отягощенность экзогенно-органическими факторами (асфиксия в родах), неблагополучный аллергический анамнез (атопический дерматит в детстве).

3. Тактика терапии.

Госпитализация в отделение интенсивной терапии. Решение вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии. Ликвидация гиповолемии и коррекция кислотно-основного состояния (в зависимости от лабораторных показателей). Объем вводимых жидкостей от 3 до 7 литров в сутки.

Устранение гипертермии. Профилактика отека мозга (маннитол, лазикс, сульфат магнезии в/в). Использование больших доз ноотропов (р-р 20% мексидол – 2 раза в сутки). Коррекция вегетативных нарушений (транквилизаторы с вегетостабилизирующим действием (0,5% седуксен до 8 мл – суточная доза). Профилактика вторичных инфекций (антибиотики)
После стабилизации тяжелого состояния синдромальное поддерживающее лечение нейролептиками (рисперидон, оланзапин).
Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, противорецидивная терапия нейролептиками (рисперидон, оланзапин), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации направление на МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии
Задача 1
К невропатологу впервые направлен больной по поводу нарушений сна. Сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на "ты" и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, подвижен, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.
Задача 2
Больная М., 42 года. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В возрасте 14 лет впервые наблюдался генерализованный судорожный приступ с потерей сознания длительностью до 2 минут. На фоне приема ПЭП приступы 1-2 раза в 2-3 месяца. Ухудшение состояния произошло после того, когда больная была уволена с предприятия по сокращению штатов. Приступы участились до 2-3 раз в неделю, их продолжительность увеличилась, в связи с чем больная была госпитализирована в стационар. При осмотре врачом больная внезапно упала, при попытке открыть глаза сопротивлялась осмотру, не реагировала на внешние раздражители, наблюдались судорожные подергивания рук и ног, такое состояние длилось 10-12 минут, после чего больная встала, села на стул, жаловалась на слабость и головные боли. При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти. На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга.

4. Задания для групповой работы
Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ историй болезни пациентов с психическими расстройствами.
Обсуждение в группе историй болезни пациентов с ургентными состояниями, находящихся на лечении в реанимационном отделении, для определения тактики ведения и назначения медикаментозных препаратов.
- обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с ургентными состояниями, находящихся на лечении в реанимационном отделении, для определения тактики ведения и назначения медикаментозных препаратов
- выделение симптомов, формирование синдромов
- формулировка предположительного диагноза
- назначение терапии в соответствии с изучаемой темой с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:
1. Какие состояния относятся к неотложным в психиатрии
2. Неотложная помощь пациентам с психомоторным возбуждением в зависимости от вида и причины.

3. Виды психомоторного возбуждения, особенности оказания медицинской помощи
4. Неотложная помощь пациентам с суицидальным и аутоагрессивным поведением,
5. Неотложная помощь пациентам с галлюцинаторно-бредовыми синдромами
6. Неотложная помощь пациентам с кататоническим синдромом.
7. Неотложная помощь пациентам с паническими атаками и сомато-вегетативными кризами

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для купирования панических атак используют
   а) диазепам, альпразолам, лоразепам
   б) хлорпромазин, галоперидол, тиоридазин
   в) флуоксетин, имипрамин, атомоксетин
   г) топирамат, ламотриджин, леветирацетам
2. Для купирования реактивных психозов могут быть назначены препараты
   а) флуоксетин, имипрамин, атомоксетин
   б) винпоцетин, левокарнитин, пиритинол
   в) топирамат, ламотриджин, леветирацетам
   г) тиоридазин, хлорпротексен, сульпирид
3. Для купирования маниакального возбуждения используют
   а) галоперидол, кветиапин, оланзапин
   б) флуоксетин, имипрамин, атомоксетин
   в) диазепам, алпрозолам, лоразепам
   г) сертралин, флувоксамин, пароксетин
4. Быстрое внутривенное введение диазепама опасно развитием
   а) аллергического шока
   б) апное
   в) эпилептического статуса
   г) анурии
5. При отсутствии эффекта в лечении эпилептического статуса при применении бензодиазепиновых производных используют:
   а) аминазин
   б) актовегин
   в) ГОМК
   г) вальпроевую кислоту
6. Лекарственным средством выбора первой очереди для купирования эпилептического статуса является:
   а) диазепам
   б) пропофол
   в) фенитоин
   г) вальпроевая кислота
7. Ступор с повышением мышечного тонуса, мутизмом и негативизмом является
   а) депрессивным
   б) психогенным
   в) кататоническим
   г) истерическим
8. Препаратами первого выбора при при кататоническом ступоре являются
   а) бензодиазепины
   б) антипсихотики
   в) нормотимики
   г) ноотропы
9. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке в «Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» приведены в статье
   а) 23

б) 29
в) 9
г) 15

Ответы на тесты: 1 – а, 2 – г, 3 – г, 4 – б, 5- г, 6 – а, 7 – в, 8 – б, 9 - б

4) Провести учебно-ролевую игру по теме «Неотложная помощь при психических заболеваниях» (острые галюцинаторно-бредовые синдромы)

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
2. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.7. Неотложная помощь при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по оказанию неотложной помощи при психических заболеваниях: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии.

Задачи:

1. Изучить общие принципы неотложной помощи при психических заболеваниях
2. Углубить теоретические знания по оказанию неотложной помощи при синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии.
3. Систематизировать теоретические знания о неотложной помощи при психических заболеваниях
4. Обучить практическим навыкам синдромальной терапии при неотложных состояниях у пациентов с психическими расстройствами: синдромах помрачения сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях, осложнениях психофармакологической терапии.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

из фармакологии, неврологии и психиатрии: основные принципы оказания неотложной помощи при психических заболеваниях

2) После изучения темы:

купирование неотложных состояний у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен уметь:

- проводить терапию неотложных состояний у пациентов с психическими расстройствами

Обучающийся должен владеть:

- навыками купирования неотложных состояний у пациентов:
- злокачественный нейролептический синдром
- психомоторное возбуждение
- фебрильная шизофрения
- различные варианты делирия
- острые алкогольные энцефалопатии
- аментивный синдром
- синдромы помрачения сознания
- эпилептический статус

- навыками лечения отравлений наркотическими и психотропными средствами

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Клиника злокачественного нейролептического синдрома
2. Дифференциальная диагностика фебрильной шизофрении и злокачественного нейролептического синдрома, назвать ранние симптомы их развития
3. Клиника фебрильной шизофрении, причины развития.
4. Неотложная помощь пациентам с фебрильной шизофрении
5. Эпилептический статус, виды, причины, дифференциальная диагностика.
6. Неотложная помощь пациентам с эпилептическим статусом,
7. Терапия эпилептического статуса Неотложная помощь пациентам с различными вариантами делирия, алкогольными энцефалопатиями
8. Неотложная помощь пациентам с аментивным синдромом, синдромах помрачения сознания,
9. Неотложная помощь пациентам с онейроидным помрачением сознания
10. Неотложная помощь пациентам с сумеречным расстройством сознания
11. Неотложная помощь пациентам с осложнениями психофармакологической терапии (злокачественный нейролептический синдром и др.).
12. Неотложная помощь при отравлениях психотропными препаратами,
13. Неотложная помощь при передозировке наркотических средств.

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков: купировать неотложные состояния:
- злокачественный нейролептический синдром
- различные варианты делирия,
- острые алкогольные энцефалопатии,
- аментивный синдром,
- синдромы помрачения сознания,
- фебрильная шизофрения
- эпилептический статус
- отравления наркотическими и психотропными средствами

3. Решить тестовые задания:

1. Выберите основные препараты для неотложной помощи при эпилептическом статусе:
   а) сульфат магния
   б) аминазин
   в) диазепам
   г) спазмолитики
   д) натрия оксибутират
2. «Пациент, не принимает алкоголь последние 3-е суток, в течение которых не спит, тревожный, передвигает мебель в палате, пытаясь поймать мышь, считает, что он находится дома, за стеной слышит угрожающие голоса соседей и жены» – это состояние называется:
   а) алкогольный делирий
   б) острая интоксикация алкоголем
   в) алкогольная зависимость
   г) алкогольный галлюциноз
3. Патогенетическая терапия алкогольного делирия включает
   а) условнорефлекторную терапию
   б) сенсибилизирующую противоалкогольную терапию
   в) инфузионную дезинтоксикационную терапию
   г) нейролептичекую терапию
4. «Пациент, 18 лет, заторможенный, вялый, бледный, резкий миоз, реагирует только на громкую

речь, отвечает односложно, речь невнятная, на предплечье свежие и застарелые следы от инъекций» – это состояние опьянения

а) каннабиноидами

б) психостимуляторами

в) опиоидами

г) барбитуратами

5. Состояние острой интоксикации опиатами проявляется

а) гипертензией, тахикардией, двигательным возбуждением, многоречивостью

б) эйфорией, аутодеперсонализацией, дереализацией, осиплостью голоса, гиперемией склер, тахикардией

в) заторможенностью, гипотермией, гипотензией, брадикардией, бледностью, миозом, угнетением дыханий

г) галлюцинаторно-параноидными переживаниями, эйфорией, сменяющееся тревогой и паническими атаками

Ответы на тестовые задания: 1 – в, д; 2 – а; 3- в; 4 – в; 10 – в; 5 - в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Л., 32 года. Заболевание манифестировало в возрасте 26 лет с развитием острого параноидного синдрома, с присоединением на высоте развития иллюзорно-фантастических и кататонических явлений. Был выписан из психиатрической больницы с диагнозом «шизофрения». Является инвалидом 2 группы по психическому заболеванию. Последний приступ развился быстро: стал суетлив, нарушился сон, разбрасывал мусор, выносил вещи на балкон, говорил матери, что хочет уехать за границу и жениться на иностранке, разговаривал сам с собой, ходил голый по квартире. При госпитализации в течение недели оставался возбужденным, считал, что может управлять на расстоянии другими людьми, лечить больных. Принимал галоперидол 10 мг/сут., аминазин 150 мг/сут, циклодол 6 мг/сут. При увеличении дозы нейролептиков появились экстрапирамидные побочные эффекты в виде гипокинезии, акатизии, повышение мышечного тонуса, гиперсаливации. Одновременно отмечалось утяжеление психического состояние: появилась импульсивность, негативизм, назойливость, неусидчивость, жаловался на появление «голосов» неприятного содержания, стал тревожен, беспокоен. Во внешнем облике обращали внимание сухость кожных покровов, сальность, гиперемия лица. Одновременно появилась лихорадка центрального генеза с неправильным характером, повышение СОЭ до 35 мм/час. Соматической патологии выявлено не было.

Психическое состояние: контакт формальный, лицо невыразительное, гипомимичное. На вопросы отвечает тихим голосом после непродолжительной паузы, речь невнятная, дизартричная. Правильно ориентирован в себе, месте, во времени ориентирован неточно. Настроение снижено. Слышит «голоса» внутри головы обвиняющего характера. Отмечается повышение мышечного тонуса с симптомом «зубчатого колеса», обращает на себя сальность лица. Сонлив, в беседе быстро истощается.

Решение.

1. Симптомы: бредовые идеи величия, слуховые псевдогаллюцинации, импульсивность, негативизм, тревога, гипокинезия, акатизия, повышение мышечного тонуса, гиперсаливация, гипертермия, гиповолемия. Основные синдромы: аффективно-бредовой, кататонический

Заболевание развивалось в виде приступов преимущественно аффективно-бредовой структуры. Последний приступ сформировался быстро, в структуре психоза преобладает полиморфная симптоматика. Повышение дозы нейролептиков привело к появлению экстрапирамидных расстройств и

обострению психоза с появлением экстрапирамидных и кататонических расстройств. Наличие лихорадки с неправильной температурной кривой, увеличение СОЭ при отсутствии соматической патологии позволяют говорить о злокачественном нейролептическом синдроме.

2. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения. Злокачественный нейролептический синдром. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с фебрильным приступом шизофрении.

3. Терапия:

Госпитализация в отделение реанимации или палату интенсивной терапии. Отмена атипсихотиков. ЭСТ является методом выбора до начала развития выраженных соматических и вегетативных расстройств в первые дни приступа. Интенсивная инфузионная терапия 2,5-6 л/сут. Диуретики: фуросемид в начальной дозе 40 мг, при необходимости до 600 мг/сут. Бромокриптин по 5 мг каждые 4 часа до 60 мг/сут или баклофен по 20-25 мг до 30-75 мг/сут или амантадин 200 мг/сут и диазепам 10-20 мг до 60 мг/сут. Назначение антибиотиков для профилактики инфекционных осложнений с учетом чувствительности микрофлоры. Симптоматическое лечение, борьба с гипертермией. При невозможности самостоятельного приема пищи зондовое кормление. Уход, профилактика пролежней.

При отсутствии эффекта – плазмоферез.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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

Задача 2

Больной 40 лет, сантехник. Злоупотребляет алкоголем 15 лет. Последние 6 лет опохмеляется, с этого же времени пьёт запоями длительностью до недели. Часто употребляет суррогаты. Отмечаются амнезии. Спустя два дня после запоя длительностью в 6 дней стал испытывать страх, бессонницу, при закрытых глазах видел "каких-то диковинных зверей". Ночь перед поступлением в больницу не спал, стряхивал с себя пауков, тараканов, гонялся за крысами. Слышал голоса собутыльников за окном, которые предлагали ему выпить, с любопытством прислушивался к ним. В момент поступления в больницу неправильно называл число, говорил, что попал в тюрьму. При соматическом обследовании выраженный тремор рук, гиперемия лица, температура тела 37.8.

Задача 3

Пациент Н., 18 лет, имеет стаж злоупотребления гашишем 6 лет. К концу 3-х суток абстиненции вечером на фоне делириозного помрачения сознания появился острый бред преследования со страхом, зрительными, но в основном слуховыми и сенестопатическими галлюцинациями. Слышал «голоса» прежних знакомых, угрожающих уничтожить его, ощущал ползание «змеек» и «муравьев» под кожей, видел их. Был возбужден, тревожен, но в основном пассивно оборонялся. Утром после медикаментозного сна был в ясном сознании, о пережитом накануне остались отрывочные воспоминания и частичная критика. В последующие дни оставался ипохондричным, подавленным, вялым; оживлялся только при упоминании о гашише.

Задача 4

Больной Ж., 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить больного нигде не удалось. Спустя три дня вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и больной рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего, до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у речки под мостом

и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына через день после его исчезновения из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач с назначением медикаментозных препаратов, анализ историй болезни пациентов с психическими расстройствами.

Обсуждение в группе историй болезни пациентов с ургентными состояниями и находящихся на лечении в реанимационном отделении, для определения тактики терапии и назначения медикаментозных препаратов.

- обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с ургентными состояниями, находящихся на лечении в реанимационном отделении, для определения тактики ведения и назначения медикаментозных препаратов
- выделение симптомов и синдромов
- формулировка предположительного диагноза
- назначение терапии в соответствии с изучаемой темой с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Клиника злокачественного нейролептического синдрома
2. Дифференциальная диагностика фебрильной шизофрении и злокачественного нейролептического синдрома, назвать ранние симптомы их развития
3. Клиника фебрильной шизофрении, причины развития.
4. Неотложная помощь пациентам с фебрильной шизофрении
5. Эпилептический статус, виды, причины, дифференциальная диагностика.
6. Неотложная помощь пациентам с эпилептическим статусом,
7. Терапия эпилептического статуса Неотложная помощь пациентам с различными вариантами делирия, алкогольными энцефалопатиями
8. Неотложная помощь пациентам с аментивным синдромом, синдромах помрачения сознания,
9. Неотложная помощь пациентам с онейроидным помрачением сознания
10. Неотложная помощь пациентам с сумеречным расстройством сознания
11. Неотложная помощь пациентам с осложнениями психофармакологической терапии (злокачественный нейролептический синдром и др.).
12. Неотложная помощь при отравлениях психотропными препаратами,
13. Неотложная помощь при передозировке наркотических средств.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Злокачественный нейролептический синдром клинически проявляется
   а) стереотипиями, эхолалиями, импульсивными действиями
   б) усилением галлюцинаторно-бредовой симптоматики
   в) восковой гибкостью, мутизмом, негативизмом
   г) прогрессирующим диффузным гипертонусом, центральной гипертермией, гипергидрозом, тахикардией, нарушением сознания
2. При злокачественном нейролептическом синдроме наблюдаются характерные лабораторные изменения
   а) гипергликемия, гиперхолестеринемия, повышение триглицеридов
   б) повышение креатинина, трансаминаз, лейкоцитоз, лимфопения, миоглобинемия, миоглобинурия, увеличение СОЭ
   в) гиперхолестеринемия, повышение триглицеридов и липопроетеинов низкой плотности

г) гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, повышение липопроетеинов низкой плотности

3. «После эпилептического припадка больной еще не пришел в сознание, как начался следующий эпилептический припадок, затем следующий, и так продолжалось до приезда скорой помощи» – это состояние
   а) сложный парциальный приступ
   б) эпилептические статус
   в) вторично-генерализованный приступ
   г) эпилептиформная реакция
4. При злокачественном нейролептическом синдроме показано инъекционное введение
   а) хлорпромазина
   б) галоперидола
   в) амитриптилина
   г) диазепама
5. Комбинация пирлиндола с сертралином опасна развитием
   а) эпилептического статуса
   б) серотонинового синдрома
   в) злокачественного нейролептического синдрома
   г) печеночной недостаточности
6. Мужчина внезапно упал на пол, вытянулся в струну, не реагирует на речь, арефлексия зрачков, через 10 секунд появились симметричные подергивания конечностей, пенистые выделения изо рта – в данном случае показано введение
   а) раствор хлорпромазин (аминазин) 2,5% – 2 мл (50 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
   б) раствор амитриптилин 1% – 2 мл (20 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
   в) раствор дифенгидрамин (димедрол) 1% –1 мл (10 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
   г) раствор диазепам 0,5% – 2 мл (10 мг) в мышцу медленно под контролем пульса, дыхания, давления
7. При острой алкогольной энцефалопатии Гайе - Вернике наблюдаются: (3 варианта)
   а) двигательное возбуждение со стереотипными действиями
   б) депрессивно-бредовые расстройства
   в) проявления редуцированного делирия
   г) аментивноподобное состояния
8. Наиболее характерными сомато-неврологическими проявлениями состояния опьянения транквилизаторами (бензодиазепинами) являются: (3 варианта)
   а) дизартрия, персеверации
   б) бледность кожных покровов
   в) расширение зрачков и вялая реакции их на свет
   г) повышение мышечного тонуса
   д) слюнотечение
9. Наиболее достоверными вегетативными признаками острой опийной интоксикации являются:
   а) миоз (симптом "точки", булавочной головки) с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет
   б) зуд кожи лица (особенно кончика носа), сухость во рту
   в) потливость
   г) гиперемия лица
   д) бледность кожи
10. Наиболее ранним признаков злокачественного нейролептического синдрома является наличие
   а) экстрапирамидных расстройств;
   б) обострение психоза;
   в) кататонических расстройств;

г) экстрапирамидных расстройств с обострением психоза и появлением кататонических расстройств

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

4) Провести учебно-ролевую игру по теме «Неотложная помощь при психических заболеваниях» (злокачественный нейролептический синдром, алкогольный делирий)

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
2. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 4.8. Психотерапия. Реабилитация психически больных.

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по психотерапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами

Задачи:

1. Изучить общие вопросы психотерапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами
2. Углубить теоретические знания по применению методов психотерапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами
3. Систематизировать теоретические знания о направлениях, формах и методах психотерапии и реабилитации в психиатрии
4. Обучить практическим навыкам владения рациональной и суггестивной психотерапии, основами семейной психотерапии, умением составлять программы социальной реабилитации для пациентов с психическими расстройствами.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы: из психиатрии: основные понятия о психотерапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами

2) После изучения темы: основы психотерапии и реабилитации пациентов с психическими расстройствами, показания и противопоказания к применению

Обучающийся должен уметь:

- применять основные приемы рациональной, суггестивную (в состоянии бодрствования), аутосуггестивной и семейной психотерапии пациентов с психическими расстройствами,
- составлять программы социальной реабилитации для. пациентов с психическими расстройствами.

Обучающийся должен владеть:

- навыками владения рациональной психотерапии
- навыками владения суггестивной (в бодрствующем состоянии) психотерапии
- навыками владения аутосуггестивных методик, включая аутогенную тренировку
- навыками владения основами семейной психотерапии
- навыками владения социальной реабилитации

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение психотерапии. История развития психотерапии. Определение психотерапии, показания и противопоказания к ее применению.

2. Организация психотерапевтической помощи.
3. Направления и формы психотерапии.
4. Дать сравнитеную характеристику основных направлений психотерпаии.
5. Методы психотерапи, показания к применению.
6. Рациональная психотерапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
7. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение, аутогенная тренировка), основные понятия, приемы, покзания к применению.
8. Бихевиорально-когнитивная терапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
9. Психодинамическое направление психотерапии, основные понятия, приемы, покзания к применению.
10. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
11. Семейная психокоррекция, основные понятия, приемы, покзания к применению.
12. Возможности психотерапии при лечении психических расстройств
13. Реабилитация. Теоретические основы.
14. Формы и методы реабилитации в психиатрии.
15. Бригадное взаимодействие.
16. Социальная реабилитация, виды, показания к применению.
17. Психотерапевтические методы в реабилитации пациентов с психическими расстройствами.

2. Практическая подготовка

Отработка практических навыков:

- умение применять основные приемы рациональной психотерапии
- умение применять основные приемы суггестивной (в бодрствующем состоянии) психотерапии
- умение применять основные приемы аутосуггестивных методик, включая аутогенную тренировку
- умение применять основные приемы семейной психотерапии
- умение применять основные приемы социальной реабилитации

3. Решить тестовые задания:

1. Экологическая проверка - это:
   а) обучение новому способу поведения
   б) способ проверки конгруэнтности терапевта
   в) анализ надежности используемого психотерапевтического приема в реальной жизни
   г) степень чистоты эксперимента
2. Коррективный эмоциональный опыт - это:
   а) опыт, полученный клиентом вследствие психокоррекции
   б) повторное переживание внутреннего конфликта, при котором клиент приобретает способность по-новому реагировать
   в) разрядка негативных эмоций
   г) новое осознание ситуации в результате повторного проигрывания проблемной ситуации.
3. В основе биологического направления в психиатрии лежало:
   а) убеждение в том, что психические заболевания связаны со слабостью «Эго»
   б) описание психических заболеваний с учетом этиологического фактора и особенностей симптоматики
   в) стремление объяснить психические заболевания особыми функциональными состояниями головного мозга
   г) учение о строении головного мозга
4. Термин катарсис ввел:
   а) Фрейд
   б) Аристотель
   в) Гиппократ
   г) Брейер

5. Самый древний источник о воздействии врачеванием:
а) древнеиндийский эпос «Махабхарата»
б) египетский папирус Эберса
в) Салернский кодекс здоровья
г) Библия
6. Магнитотерапию ввел в практику:
а) Авиценна
б) Парацельс
в) Месмер
г) Франклин
7. Наиболее древний метод психотерапии:
а) рациональная терапия
б) суггестия
в) психосинтез
г) трансперсональная психотерапия
8. Полипрофессиональная бригадная помощь оказывается:
а) не менее двумя специалистами в течение не менее 2-х недель;
б) не менее тремя специалистами в течение не менее 3-х недель;
в) не менее двумя специалистами в течение не менее 3-х недель;
г) не менее тремя специалистами в течение не менее 2-х недель.
9. В состав полипрофессиональной психиатрической бригады не входит:
а) психолог;
б) терапевт;
в) психиатр;
г) специалист по социальной работе.
10. Медитация — это:
а) навязчивая мысль, мотив, образ
б) способность сосредоточиваться на чем угодно
в) неспособность сосредоточиться на одной мысли
г) глубокое погружение в размышление над какой-либо проблемой
11. Метод психотерапии, являющийся реставрацией «сократовских бесед», при котором основное воздействие на пациента оказывается посредством логики и дидактики:
а) рациональной психотерапией
б) методом логической аргументации
в) гетеросуггестии
г) внушением в состоянии бодрствования
12. Основа рациональной психотерапии:
а) разъяснение
б) внушение
в) логическая аргументация
г) коррекция личности
13. Субъективная картина болезни проявляется на всех уровнях кроме:
а) сенсорного
б) эмоционального
в) интеллектуального
г) физического
14. В структуре функционального диагноза выделяют следующие аспекты:
а) клинико-психопатологический;
б) психологический;
в) социальный;
г) юридический.
15. В работе полипрофессиональной бригады врач-психиатр воздействует на следующие уровни:
а) биологический;

б) психологический;
в) социальный;
г) юридический.

16. Социальный работник (специалист по социальной работе) воздействует на следующие уровни поражения:
а) биологический;
б) психологический;
в) социальный;
г) юридический.

Ответы на тестовые задания: 1 – в, 2 – б, 3 – в, 4 – б, 5 – б, 6 – б, 7- б, 8-б, 9-б 10 – б, 11 – а, 12 – в, 13 – г, 14 –б, 15 – а,б,в, 16 –а,б,в

Вопросы на установление соответствия:

1. Соотнесите психотерапевтическое направление и его представителей

1. Психодинамическое	А. Д. Уотсон, Б.Ф. Скиннер, И.П. Павлов
2. Гуманистическое	Б. З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер
3. Бихевиористское	В. А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл

2. Соотнесите понятие и соответствующее ему определение

1. Психотерапевтическое направление	А. Общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности заболевания
2. Психотерапевтический метод	Б. Способ применения того или иного метода психотерапии
3. Форма психотерапии	В. Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению

3. Хронологическая последовательность ученых, изучавших гипноз:
а) Д. Брейд
б) Ф. Месмер
в) Ш. Пьюнстегюр
г) Ж. Шарко

Ответы на тестовые задания: 1) 1– Б, 2- В, 3 – А; 2) 1 - В, 2 - А, 3 – Б; 3) б, в, а, г.

2.

3. 4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- выделить симптомы, синдромы
- поставить предварительный диагноз
- определить план лечения

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1

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 повышение 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. Уроженка Самарской области. 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 продукции 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. Пальценосовая 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, RII, RI, RIII; RV5>RV4, T 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., эгилок 100 мг/сут., пирацетам 20% — 5,0 в/в. Лечение в течение 1 недели без существенного улучшения, что и потребовало назначения консультации у психотерапевта.

- проанализируйте особенности возникновения заболевания
- сформулируйте диагноз
- назначьте терапию
- выделите этапы психотерапии.

Решение:

1. Анализируя полученную информацию, можно отметить, следующие особенности, способствующие формированию артериальной гипертензии: наследственная предрасположенность, наличие психотравмирующей ситуации и личностные характеристики. Возникновение заболевания у пациентки связано с психотравмирующей ситуацией (смерть дочери). Прогрессирование заболевания и частые ухудшения обусловлены неразрешенными внутрисемейными конфликтами. Среди психопатологической симптоматики превалируют тревожно-фобические проявления. При обследовании выявлено повышение артериального давления, изменения на электрокардиограмме

2. На основании всех полученных данных выставлен диагноз: Артериальная гипертония (психосоматического генеза) II стадия, 2 степень повышения артериального давления. Риск 3.

3. Терапия: наряду с соматотропной терапией необходимо использовать препараты анксиолитического действия (мезапам), антидепрессанты (сертралин), ноотропные препараты (пантогам).

3. Ведущая роль в терапии возникшего состояния 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).

Задача 2

Пациент Л., 60 лет, инвалид 2 группы. Диагноз: органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант.

Родился в Кировской области младшим из трех детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей, в школе учился удовлетворительно, классы не дублировал, любил играть в футбол, хоккей. С 12-летнего возраста у пациента появились судорожные приступы с потерей сознания с частотой 1 раз в месяц. Мать работала фельдшером, скрывала наличие судорожных приступов у сына в связи с возможными социальными ограничениями. Образование 10 классов средней школы, училище по специальности «топограф». В армии не служил. В течение 20 работал по специальности в геофизических экспедициях, в последующем рабочим на меховой фабрике, разнорабочим. Был дважды женат, первый брак распался, супруга во втором браке злоупотребляла алкоголем, была судима с направлением в места лишения свободы. С 2003 году проживал с сожительницей в квартире без регистрации, принадлежавшей его матери, злоупотреблял спиртными напитками, не работал. В 2003 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 105, часть 1 УК РФ (убийство). В ходе следствия прошел судебно-психиатрическую экспертизу, в отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым. С 17.02.2004 по 30.03.2009 проходил принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением; 31.03.2009 г. переведен в стационар общего типа. В процессе лечения состояние пациента улучшилось: участвовал в реабилитационных мероприятиях, агрессивные тенденции отсутствовали, судорожные приступы не отмечались с мая 2009 года. Постановлением суда принудительное лечение отменено 19.02.2010, в дальнейшем пациент находился в стационаре на общих основаниях в связи с утратой родственных и социальных связей и отсутствием жилья.

1. Установить функциональный диагноз.
2. Разработать комплексную программу психосоциальных воздействий и реабилитации.

Решение:

1. Функциональный диагноз.

- Клинико-психопатологический аспект: органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант. В анамнезе совершение общественно-опасного деяния (убийство в состоянии невменяемости).
- Психологический аспект: личность дисгармоничная, имеется склонность к алкоголизации и нарушению социально-приемлемых форм поведения.
- Социальный аспект: является инвалидом 2 группы, длительное время не работает, профессиональные навыки утрачены, родственные и социальные связи отсутствуют, вследствие длительного срока госпитализации присутствуют явления социальная изоляции, жилья не имеет, способность к самообслуживанию ограничена.

2. Программа психосоциальных воздействий и реабилитации.

Цель программы - подготовка пациента к самостоятельному проживанию и последующей выпиской из стационара.

Фармакотерапия. Назначение лекарственных препаратов для поддержания стойкой ремиссии заболевания.

Психообразование: модуль «Образование пациента и семьи» для понимания заболевания; модуль «Медикаментозная терапия» для обеспечения информацией о лекарствах, механизмах их действия, основных эффектах и побочных действиях; модуль «Решение проблем» нацелен на усиление способности пациента решать проблемы повседневной жизни; модуль «Ресурсы общества» предоставляет информацию об организациях помощи психически больным, групп поддержки; модуль «Тренинг коммуникативных навыков» для расширения сети межличностных контактов.

Психотерапия: когнитивно-поведенческая для коррекции неверно сформированных навыков и убеждений пациента.

Психологическая коррекция: проведение проблемно-ориентированных дискуссий по отношению пациента к приему спиртных напитков, функциональная тренировка поведения для выработки социально-приемлемых форм поведения.

Социальная работа: тренинги социальных навыков по взаимодействию с государственными учреждениями, распределению домашнего бюджета, ведению домашнего хозяйства, установлению межличностных отношений, возможности приобретения собственного жилья.

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Больной А., 24 лет. Жалобы при поступлении на общую слабость, повышенную утомляемость, утреннюю тревогу, беспокойство, нарушение сна, боли в сердце, сердцебиение, повышенную потливость. Усиление жалоб психоэмоционального характера обусловлено беспокойством за свое будущее и проблемами в учебе.

Анамнез заболевания. Ухудшение самочувствия отмечает со 2-го курса медицинского университета. Связывает его с тяжелой учебой в вузе, частыми бессонными ночами. Ухудшение в самочувствии – в течение 3 мес.

Анамнез жизни. Уроженец Архангельской области. В детстве в развитии от сверстников не отставал. По характеру формировался капризным, всегда требовал к себе повышенного внимания В школе очень хорошо учился. Поступал в медицинский университет, но не хватило баллов для зачисления. В связи с тем, что был жителем одного из районов области, учебу стал оплачивать этот район. В процессе обучения в вузе «разочаровался» в выбранной профессии. В настоящее время врач-интерн. Пошел в интернатуру без желания – по необходимости. Родители проживают в одном из районов области. Наследственность отягощена: у родителей артериальная гипертензия. Единственный ребенок в семье. Семья материально малообеспеченная.

Психический статус. Правильно ориентирован, контактен. Фон настроения ровный. Ипохондричен. В предъявлении жалоб несколько демонстративен. Тщательно следит за своим здоровьем, просит провести все возможные исследования, в том числе и дорогостоящие. В предоставленной амбулаторной карте имеется множество исследований, проведенных в течение последнего времени. Считает, что ему необходима справка для получения академического отпуска. Память, мышление не нарушены. Выявляются тревожно-мнительные личностные особенности; по характеру мнительный, тревожный, мягкий, несамостоятельный. Активной психопатологической продукции не выявляется.

Соматический статус. Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, обычной ясности. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД /70 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. Пальценосовая проба удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.

Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования в норме.

Дополнительные исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ, РЭГ, КТ головного мозга, КТ надпочечников, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, гормоны щитовидной железы — без патологии.

Соматотропная терапия: получал смесь Петровой, витамины группы В, грандаксин, седативные травы, при приступах сердцебиения — анаприлин. Лечение — в течение 2 нед., без видимого улучшения в самочувствии, что и потребовало консультации у психотерапевта.

Задача 2

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 те-

чение 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. Уроженец Архангельской области, родился в рабочей семье. В детстве в развитии от сверстников не отставал. В школу пошел своевременно. Закончил 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.
Соматотропная терапия. Ранее — нитраты, антагонисты кальция; до госпитализации никакого лечения не получал; в стационаре — поляризующая смесь, кардикет 60 мг/сут., атенолол 100 мг/сут., гепарин 1000 ЕД п/к.
На фоне лечения самочувствие, в целом, объективно и субъективно улучшилось, но из-за психоэмоциональных переживаний симптоматика полностью не купировалась, что и потребовало консультации у психотерапевта.

Задача 3

Больная Л., 19 лет. Жалобы при поступлении на снижение настроения, плохой сон, чувство внутреннего беспокойства, повышенную раздражительность, нервозность, наличие частых приступов удушья, общую слабость, одышку при физических нагрузках.
Анамнез заболевания. Впервые диагноз бронхиальной астмы (БА) был поставлен в 15-летнем возрасте; в то время состоялся развод родителей. Больная в семье постоянно «чувствовала собственную ненужность». Имела потребность в искренних доверительных отношениях. Ухудшение болезни связано с личными проблемами – конфликт с близким знакомым.
Анамнез жизни. Уроженка Кирова. Родилась в рабочей семье, 2-м по счету из 3 детей. Отец - инженер на предприятии, по характеру властный и жесткий, периодически злоупотреблял алкоголем, а мать – продавец в магазине. Наследственность не отягощена. В детстве в развитии от сверстников не отставала. В школу пошла своевременно, училась хорошо. По характеру формировалась мнительной, тревожной. После окончания школы поступила в технический университет. В данный момент – на 3-м курсе. Учится на «4» и «5»; учеба нравится; перегрузок, связанных с учебой, не отмечает. Семья проживает в благоустроенной квартире. Материально обеспечена.
Психический статус. Правильно ориентирована, контактна. Фон настроения – понижен. Говорит тихим голосом. Откровенна, подробно рассказывает о своих переживаниях, связанных с семьей. Память, мышление не нарушены. Активной психопатологической продукции 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 110/70 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 удовлетворительные. Сила мышц достаточная. Пальценосовая проба удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.
Соматотропное лечение: до ухудшения в самочувствии принимала вентолин - по потребности (до 12 ингаляций в сутки); в стационаре: базовая терапия – альдецин 200 мкг/сут., вентолин - по потребности, теопэк, смесь Петровой, седативные травы. Лечение в течение 2 недель – без существенного улучшения, в связи с чем была назначена консультация у психотерапевта

Задача 4

Пациент С., 54 года, инвалид 2 группы. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение.
Родился в г. Кирове старшим из двух детей. Родители злоупотребляли алкоголем. В школе учился удовлетворительно, однако был излишне подвижным, неусидчивым, рано стал употреблять спиртные напитки, курить. Образование 9 классов, работал слесарем, каменщиком, характеризовался отрицательно из-за злоупотребления алкоголем, неоднократно привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. С 1986 года наблюдается у психиатра с диагнозом «шизофрения». В клинической картине преобладают психопатоподобные формы поведения. С 1990 года состоял в гражданском браке, от брака имел дочь, которая трагически погибла (утонула). Супруга злоупотребляла спиртным, семья распалась. В последующем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. В 2010 году проходил в качестве потерпевшего по уголовному делу, в ходе расследования дела находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, в дальнейшем был переведен в общепсихиатрическое отделение для лечения. После окончания курса лечения не мог быть выписан, так как в результате пожара дом, в котором проживал и был зарегистрирован пациент, был признан аварийным и подлежащим сносу, а социальные и родственные связи отсутствовали. Жильцы аварийного дома были расселены кроме пациента С., который в это время находился в стационаре.

Задача 5

Больная И., 37 лет. Жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, чувство беспокойства, нарушение сна.
Анамнез болезни. Впервые язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ) возникла 2 года назад. Отмечает 5 обострений, связанных с психоэмоциональными стрессами. Периодически принимала ранитидин, денол, маалокс. Отмечается обострение заболевания в течение последнего месяца.
Анамнез жизни. Уроженка московской области. Родилась в рабочей семье, единственный ребенок. Наследственность отягощена: у отца язвенная болезнь желудка. Посещала садик. В школу пошла своевременно, училась хорошо. По характеру формировалась общительной, тревожной, обидчивой. После окончания школы поступила в педагогический институт. Училась хорошо, имела много подруг. После окончания ВУЗа работает учителем в младших классах. Замужем, есть дочь.
Психический статус. Контактная, живая, энергичная, общительная. Следит за своей внешностью. Со слов больной, «всегда есть желание выглядеть хорошо». Правильно ориентирована. В высказываниях звучат огорчения по поводу неудачно сложившейся семейной жизни. Считает, что муж «неправильно воспитан», в связи с чем хочет с ним развестись. Появление заболевания и обострения считает связанными с «неправильным» поведением мужа. На работе больная сильно устает. Объясняет это тем, что школа стала работать по новой программе. После работы дома много времени отводит подготовке к следующему дню. Фон настроения – ближе к ровному. Психопатологической продукции не выявляется.
Соматический статус. Общее состояние относительно удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 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 удовлетворительная. Движения глазных яблок не нарушены, конвергенция аккомодация не нарушены. Нистагма нет. Оскал зубов симметричен. Язык расположен по средней линии. Сухожильные рефлексы с рук и ног положительные, D=S, удовлетворительные. Сила мышц достаточная. Пальценосовая удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.
Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи в норме. Фиброгастродуоденоскопия: Язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки 3х5 мм. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный бульбит, поверхностный гастрит.
Соматотропная терапия. Ранее – ранитидин, денол, маалокс; на данный момент – омепразол 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день, маалокс по 1 табл. 4 раза в день. Лечение с положительным эффектом: исчезли болевой синдром и диспепсические нарушения. Однако четкая связь начала болезни и обострений со стресс-факторами, а также наличие нарушений в психоэмоциональной сфере пациентки потребовали консультации у психотерапевта.

5. Задания для групповой работы

Изучение ситуационных задач и историй болезни пациентов с пограничными психическими расстройствами для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения вида психотерапии с дальнейшим обсуждением в группе.
Изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами для постановки функционального диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и разработки программы психосоциальных воздействий и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
- Обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с пограничными психическими расстройствами для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения вида психотерапии с дальнейшим обсуждением в группе.
- Обследование психического, соматического и неврологического статуса пациентов с психическими расстройствами для постановки функционального диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и разработки программы психосоциальных воздействий и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Проведение конференции с участием преподавателя «Психотерапия, основные направления, их преимущества и недостатки».

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Определение психотерапии. История развития психотерапии. Определение психотерапии, показания и противопоказания к ее применению.
2. Организация психотерапевтической помощи.
3. Направления и формы психотерапии.
4. Дать сравнитеную характеристику основных направлений психотерпаии.
5. Методы психотерапи, показания к применению.
6. Рациональная психотерапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
7. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение, аутогенная тренировка), основные понятия, приемы, покзания к применению.
8. Бихевиорально-когнитивная терапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
9. Психодинамическое направление психотерапии, основные понятия, приемы, покзания к применению.

10. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, основные понятия, приемы, покзания к применению.
11. Семейная психокоррекция, основные понятия, приемы, покзания к применению.
12. Возможности психотерапии при лечении психических расстройств
13. Реабилитация. Теоретические основы.
14. Формы и методы реабилитации в психиатрии.
15. Бригадное взаимодействие.
16. Социальная реабилитация, виды, показания к применению.
17. Психотерапевтические методы в реабилитации пациентов с психическими расстройствами.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основное в учении Карла Роджерса:
   а) психоанализ
   б) терапия, центрированная на пациенте
   в) индивидуальная психотерапия
   г) аналитическая психотерапия
2. Основы гуманистического недирективного направления в психотерапии заложил:
   а) Адлер
   б) Роджерс
   в) Перлз
   г) Юнг
3. В концепции экзистенциальной психотерапии Виктора Франкла главным аспектом является гипотеза:
   а) индивид обладает врожденной тенденцией к актуализации
   б) индивид стремится найти и реализовать смысл жизни
   в) развитие личности определяется наличием постоянного конфликта между чувством неполноценности и порождаемым им стремлением к самоутверждению
   г) индивид обладает врожденной способностью достигать оптимального равновесия между собой и средой
4. В клиент-центрированной терапии психотерапевт:
   а) манипулирует процессом взаимодействия
   б) безусловно положительно принимает клиента
   в) комментирует поведение клиента
   г) интерпретирует скрытый смысл в поведении клиента
5. Группы, основной целью которых является выработка поведения, являющегося приемлемым для индивида и общества в целом, это:
   а) группы тренинга умений
   б) Т-группы
   в) группы встреч
   г) группы психодрамы
6. В структуре функционального диагноза выделяют следующие аспекты:
   а) клинико-психопатологический;
   б) психологический;
   в) социальный;
   г) юридический.
7. В работе полипрофессиональной бригады врач-психиатр воздействует на следующие уровни:
   а) биологический;
   б) психологический;
   в) социальный;
   г) юридический.
8. Основное достоинство рациональной психотерапии:
   а) активное участие больного в процессе лечения
   б) быстрое достижение лечебного эффекта
   в) отсутствие противопоказаний

г) возможность широкого использования метода

9. Трансфер — это:

а) термин из техники психоанализа

б) перенос на врача чувств пациента

в) особое состояние сознания

г) перенос врачом чувств на пациента

д) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого

10. Во время психотерапевтической сессии клиент дал выраженную эмоциональную реакцию гнева в отношении своей матери. Эта реакция является одним из факторов лечебного процесса:

а) самораскрытия

б) отреагирования

в) конфронтации

г) переноса

11. Стандартное занятие по психообразованию длится:

а) 20-30 минут;

б) 30-40 минут;

в) 45-60 минут;

г) более 60 минут.

12. Социальная работа представлена:

а) пациент-центрированными вмешательствами;

б) психосоциальными вмешательствами на микросоциальном уровне;

в) социальной работой на макросоциальном уровне.

г) лечебно-диагностической работой.

13. Основной целью реабилитации в психиатрии является:

а) достижение ремиссии заболевания;

б) предоставление технических средств реабилитации;

в) ресоциализация (восстановление или сохранение) индивидуальной и общественной ценности пациента;

г) соблюдение законных прав и интересов пациента.

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

Вопросы на установление соответствия

1. Соотнесите название защитного механизма психики, описанного З. Фрейдом, и его определение

1. репрессия	А. поведение, направленное на уход от фрустрирующей ситуации
2. эскапизм	Б. переключение деятельности человека с нерешаемой проблемы на другую, более доступную
3. регрессия	В. подавление своих желаний, вытеснение их в область подсознания
4. сублимация	Г. использование примитивного поведения, характерного для более ранних стадий развития

2. Соответствие психических нарушений показаниям методов психотерапии:

1. Истерия	А. Разговорная терапия
2. Вегетативные нарушения	Б. Аутогенная тренировка
3. Жизненные трудности	В. Поведенческая терапия
4. Фобии	Г. Гипноз

3. Соответствие метода психотерапии его основателю:

1. Рациональная психотерапия	А. И. Шульц
2. Гештальт-терапия	Б. Э. Куэ
3. Аутогенная тренировка	В. Ф. Перлз
4. Произвольное самовнушение	Г. Дюбуа

4. Соответствие метода психотерапии его основателю:

1. Нейролингвистическое программирование	А.К. Роджерс
2. Психодрама	Б.В. Райх
3. Клиент-центрированная терапия	В.Р. Бэндлер и Д. Гриндер
4. Телесно-ориентированнная терапия	Г.Я. Морено

5. Соответствие психических расстройств наиболее эффективным методам психотерапии:

1. Поведенческие нарушения	А. Игротерапия
2. Семейные проблемы	Б. Кодирование по Довженко
3. Детские неврозы	В. Семейная психотерапия
4. Алкоголизм	Г. Психодрама

Ответы на тесты: 1) 1 - в, 2 - а, 3 - г, 4 – б; 2) 1 – г, 2 – б, 3 – а, 4 – в; 3) 1 –г, 2 – в, 3 - а, 4 –б; 4) 1 –в, 2 –г, 3 – а, 4 – б. 1 – Г, 2 – В, 3 – А, 4 – Б

2. Расположите в правильной последовательности этапы восприятия клиентом воздействий, происходящих в ходе психотерапии

а) этап вторичной дезадаптации
б) этап «несбывшихся надежд»
в) этап первичной дезадаптации
г) этап освобождения

3. Расположите в правильной последовательности этапы групповой динамики, имеющие место в ходе групповой психотерапии

а) этап истинного группового сплочения
б) этап ориентации на формального лидера
в) этап поиска наиболее слабого участника группы и проявления к нему агрессии
г) этап группового псевдосплочения
д) этап выдвижения групповых лидеров

Ответы на тесты 2 - в, б, а, г, 3 - б, г, в, д, а

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Психотерапия. Реабилитация психически больных»

5) Подготовить выступления с презентациями для конференции «Психотерапия, основные направления, их преимущества и недостатки» на темы: «Бихевиорально-когнитивная терапия», «Психодинамическое направление психотерапии, основные понятия, приемы, покзания к применению», «Экзистенциально-гуманистическая психотерапия»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.

5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Раздел 5: Частная психиатрия

Тема 5.1. Шизофрения: понятие, критерии, формы, типы течения.

Цель: способствовать формированию знаний о шизофрении: понятие, этиология, патогенез эпидемиология, психопатология, клинические формы, типы течения.

Задачи:

1. Рассмотреть этиопатогенез шизофрении и эпидемиологические аспекты заболевания.
2. Изучить синдромологию психопатологических нарушений при шизофрении.
3. Сформировать знания об особенностях психопатологической картины при клинических формах шизофрении.
4. Рассмотреть и изучить типы течения шизофрении.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
- базисные знания по основным разделам, общее представление об организационных вопросах психиатрии.

2) После изучения темы:
- этиопатогенез, классификацию, психопатологию шизофрении;
- проявления клинических форм шизофрении и типы течения заболевания.

Обучающийся должен уметь:

- применять на практике сбор жалоб, выявлять особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов с шизофренией и их законных представителей;
- назначать и проводить диагностику, терапию, реабилитацию в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи;
- оказывать помощь пациентам в неотложных состояниях при шизофрении;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления и диагностики шизофрении, формулирования диагноза в соответствии с классификацией МКБ-10;
- алгоритмами диагностики, маршрутизации, терапии в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи, утвержденными стандартными операционными процедурами для пациентов с шизофренией;
- навыками заполнения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение понятия «шизофрения».
2. Этиология и патогенез шизофрении.
3. Эпидемиология шизофрении.
4. Клиническая картина шизофрении.
5. Психопатология при шизофрении.
6. Позитивные симптомы шизофрении.
7. Негативные симптомы шизофрении.
8. Нейрокогнитивные нарушения.

9. Классификация клинических форм шизофрении.
10. Клиника параноидной формы шизофрении.
11. Клиническая картина гебефренической формы шизофрении.
12. Психопатологические особенности кататонической формы шизофрении.
13. Клинические проявления недифференцированной формы шизофрении.
14. Клиника простой формы шизофрении.
15. Психопатологическая картина при детском типе шизофрении.
16. Типы течения шизофрении.
17. Особенности непрерывного типа течения шизофрении.
18. Динамика психопатологических проявления при эпизодическом типе течения шизофрении.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков:

- выявление основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов по теме занятия,

- психодиагностика психопатологических состояний у пациентов по теме занятия,

- навыки описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.),

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора у обучающихся формируется навык выявлять психопатологические симптомы и синдромы, развернуто описывать психический статус, формулировать клинико-психопатологический диагноз, проводить дифференциальную диагностику, определять диагностические обследования и направления терапии.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие синдромы,
- поставьте диагноз,
- назначьте терапию,
- определите тактику реабилитации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пассивен, формально отвечал на вопросы. К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бреда и галлюцинаций выявлено не было. При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Сомато-неврологически без особенностей.

Решение

1. Синдромы: нарастающей аутизации, апатоабулический, нарушения мышления в виде разноплановости

2. Диагноз: шизофрения, простая форма, непрерывное течение с нарастающим дефектом. Диагноз поставлен на основании:

- значительных изменений личности: с 14 лет оставил занятия спортом, сузил круг общения, бездеятельности, пассивности, последние месяцы совершенно замкнулся, перестал мыться, за одеждой не следил, формальности;

- данных анамнеза: отец страдал психическим расстройством

- клинической картины: вял, пассивен, формален, к госпитализации безразличен, мимика однообразная, голос монотонный. Бреда и галлюцинаций не выявлено. При патопсихологическом обследовании - «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность).

3. Тактика терапии

1) госпитализация в психиатрическую больницу.
2) нейролептики с активизирующим действием (кветиапин, рисперидон).

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нейролептиками (кветиапин, рисперидон), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации на фоне проводимой терапии направление на МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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

Задача 2

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

Задача 3

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

Задача 4

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

4. Задания для групповой работы

Обсуждение в группе историй болезни пациентов, находящихся на лечении, и ознакомление с заполненной на них документацией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Определение понятия «шизофрения».
2. Этиология и патогенез шизофрении.
3. Эпидемиология шизофрении.
4. Клиническая картина шизофрении.

5. Психопатология при шизофрении.
6. Позитивные симптомы шизофрении.
7. Негативные симптомы шизофрении.
8. Нейрокогнитивные нарушения.
9. Классификация клинических форм шизофрении.
10. Клиника параноидной формы шизофрении.
11. Клиническая картина гебефренической формы шизофрении.
12. Психопатологические особенности кататонической формы шизофрении.
13. Клинические проявления недифференцированной формы шизофрении.
14. Клиника простой формы шизофрении.
15. Психопатологическая картина при детском типе шизофрении.
16. Типы течения шизофрении.
17. Особенности непрерывного типа течения шизофрении.
18. Динамика психопатологических проявления при эпизодическом типе течения шизофрении.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является
   а) эмоциональное обеднение
   б) нарастающая интравертированность
   в) утрата единства психических процессов
   г) снижение памяти
2. Для мышления больных шизофренией характерно
   а) замедление ассоциативного процесса
   б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
   в) паралогичность
   г) обстоятельность
3. Для непрерывно текущих форм параноидной шизофрении характерны следующие синдромы
   а) бредовых
   б) галлюцинаторных
   в) дисмнестических
   г) Кандинского-Клерамбо
4. Для злокачественной шизофрении характерно
   а) тяжесть конечных состояний
   б) начало болезни с бредовой симптоматики
   в) начало болезни с негативной симптоматики
   г) быстрота наступления конечного состояния с момента манифестации психоза
5. Обязательными для шизофрении являются синдромы
   а) обманов восприятия
   б) аутизма
   в) нарушений мышления
   г) бредовых расстройств
6. Обязательными для шизофрении являются синдромы
   а) кататонический
   б) редукции энергетического потенциала
   в) аутизма
   г) галлюцинаторный
7. Обязательными для шизофрении являются синдромы
   а) аффективный
   б) нарушений мышления
   в) эмоциональной дефицитарности
   г) кататонический
8. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении
   а) эйфория
   б) эмоциональная неадекватность

в) эмоциональная амбивалентность
г) благодушие

9. Характерным для кататонической формы являются следующие симптомы
а) восковая гибкость, негативизм, двигательные речевые стереотипии
б) параноидная симптоматика
в) когнитивное снижение
г) амнестические нарушения

10. Для диагноза параноидной шизофрении необходимо нарастание клиники
а) тревожных расстройств
б) аутистических проявлений
в) расстройств ассоциативных процессов мышления
г) когнитивного дефицита

11. Для непрерывно текущих форм параноидной шизофрении характерно наличие следующих дополнительных синдромов
а) бредовых
б) галлюцинаторных
в) дисмнестических
г) Кандинского-Клерамбо

12. Для простой шизофрении характерно
а) наличие аффективных эпизодов
б) начало болезни с бредовой симптоматики
в) начало болезни с негативной симптоматики
г) приступообразное течение

13. В каком возрасте наблюдается начало гебефренической шизофрении
а) пожилом
б) подростковом
в) зрелом
г) старческом

14. Синдром Кандинского-Клерамбо наиболее типичен для
а) кататонической шизофрении
б) простой шизофрении
в) аутизма
г) параноидной шизофрении

15. Детский тип шизофрении проявляется нарастанием
а) аффективной патологией
б) негативных симптомов
в) нейрокогнитивного дефекта
г) двигательных кататонических расстройств

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Шизофрения».

5) Заполните диагностическую таблицу

Форма шизофрении	Клиническая картина
Параноидная	
Простая	
Кататоническая	
Гебефреническая	

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020

2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.2. Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия.

Цель: способствовать формированию знаний о шизофрении: типы дефекта, дифференциальная диагностика, принципы терапии.

Задачи:

1. Рассмотреть понятие о ремиссии и клинические типы дефектов.
2. Изучить диагностические алгоритмы в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи пациентам с шизофренией.
3. Рассмотреть дифференциальную диагностику шизофрении с другими психическими расстройствами, симптоматическими и органическими психозами.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

- базисные знания по основным разделам психопатологии и психиатрии, подходы к диагностике, терапии, реабилитации пациентов с психическими расстройствами, общее представление об организационных вопросах психиатрии.

2) После изучения темы:

- типы дефектов при шизофрении, стандарты диагностики и дифференциальный диагноз шизофрении с другими психическими расстройствами, симптоматическими и органическими психозами;
- направления терапии и подходы в реабилитации пациентов с шизофренией.

Обучающийся должен уметь:

- применять на практике сбор жалоб, выявлять особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов с шизофренией и их законных представителей;
- назначать и проводить диагностику, терапию, реабилитацию в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи;
- оказывать помощь пациентам в неотложных состояниях при шизофрении;
- заполнять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления и диагностики шизофрении, формулирования диагноза в соответствии с классификацией МКБ-10;
- алгоритмами диагностики, маршрутизации, терапии в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания помощи, утвержденными стандартными операционными процедурами для пациентов с шизофренией;

- навыками заполнения медицинской документации.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Типы дефектов при шизофрении
2. Принципы обследования пациентов с шизофренией.
3. Дифференциальный диагноз шизофрении с соматическими/неврологическими расстройствами.
4. Дифференциальный диагноз шизофрении с психическими расстройствами.
5. Клиника и дифференциальный диагноз фебрильного приступа шизофрении с соматическими, неврологическими расстройствами и осложнениями фармакотерапии.
6. Принципы оказания неотложной помощи при фебрильном приступе шизофрении.
7. Характеристика основных и побочные действия групп психофармакопрепаратов, используемых при шизофрении (нейролептики, транквилизаторы).
8. Шоковые методы лечения шизофрении (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия) и показания к проведению.
9. Понятия психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация и этапы их проведения при шизофрении.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков:

- выявления основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов по теме занятия,

- психодиагностика психопатологических состояний у пациентов по теме занятия,

- навыки описания психопатологических симптомов и синдромов в медицинской документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.),

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора у обучающихся формируется навык выявлять психопатологические симптомы и синдромы, развернуто описывать психический статус, формулировать клинико-психопатологический диагноз, проводить дифференциальную диагностику, определять диагностические обследования и направления терапии.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие синдромы,
- поставьте диагноз,
- назначьте терапию,
- определите тактику реабилитации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Пациент М., 40 лет. Поступил в психиатрический стационар повторно с двигательными нарушениями в виде диффузного гипертонуса и длительного сохранения неудобной позы – застывает на одном месте с вытянутыми вперед руками, в таком положении стоит по несколько часов, на вопросы не отвечает, отказывается от еды и пищи, не спит. После эпизода обездвиженности наступает период двигательного возбуждения по типу стереотипных двигательных актов – маятникообразного раскачивания из стороны сторону и повторения бессвязных слов (сижу-сижу… вижу-вижу-…), при этом эпизодически внезапно подпрыгивает взмахивая руками. Такие нарушения сменяют друг друга и наблюдаются в течение суток.

Из предыдущих историй болезни известно, что пациент болеет психическим расстройством с 35 лет, во время предыдущих трех госпитализаций наблюдались аналогичные двигательные нарушения, после купирования данных состояний пациент пассивный, безынициативный, в контакт с персоналом вступает формально, не следит за своим внешним видом. Речь бедная, монотонная. Мимика однообразная не выразительная. Не проявляет интерес к общению, госпитализацией не тяготится. В беседе пассивен, непоследователен, эпизодически отвечает невпопад, бредовых идей не

высказывает, галлюцинации отрицает, планов на будущее не имеет. Уровень общей осведомленности снижен, многие вопросы из школьной программы вызывают затруднения и отказ отвечать на них.

Из анамнеза: старший ребенок из семьи рабочих, воспитывался преимущественно мамой, отец работал на вахтах и длительное время отсутствовал. Акушерский анамнез без особенностей. Болел в детстве ОРЗ. ЧМТ, обмороков, судорог не отмечено. После 9 классов получил специальность автослесаря. В течение года служил в армии с 19 лет, замечаний не имел. После возвращения женился, имеет в браке 2-х детей. Был спокойным уравновешенным, встречался с друзьями. Курил только в компаниях, алкоголь употреблял в умеренных количествах по праздникам. Работал в ремонтной мастерской. После 30 лет стал замкнутым, перестал общаться с друзьями, детьми и женой, много времени проводил, закрывшись в своей комнате, увлекся программированием, стал соблюдать диеты по здоровому питанию, высказывал страх заболеть раком легких из-за плохой экологии, перестал курить. Впервые был госпитализирован в 35 лет с описанными выше двигательными расстройствами. Инструментально-лабораторные обследования во время первой и последующих госпитализаций патологии нервной и соматических систем не выявило. После первой госпитализации перестал работать, дома пассивен не следит за своей внешностью, неопрятен, бродит по мусорным бакам, собирает старые вещи и еду. С женой развелся, с детьми не видится и интереса к ним не проявляет. Оформлено пособие по инвалидности 2 группа.

Решение

1. Синдромы: кататонического ступора (гипертонус, симптом восковой гибкости, негативизма, мутизма) и возбуждения (двигательные и речевые стереотипии, импульсивные действия), нарастающей аутизации (замкнутость), апатоабулический (пассивность и равнодушие к текущим и будущим жизненным ситуациям), нарушения мышления в виде разноплановости.

2. Диагноз: шизофрения, кататоническая форма, непрерывное течение с нарастающим апатоабулическим и нейрокогнитивным дефектом. Диагноз поставлен на основании:

- значительных изменений личности: нарастающая замкнутость, избегание общения, бездеятельность, пассивность, снижение интереса к родным, игнорирование и равнодушие к домашнему быту и личной гигиене;
- клинической картины: вял, пассивен, формален, к госпитализации безразличен, мимика однообразная, голос монотонный. Бреда и галлюцинаций не выявлено. При патопсихологическом обследовании - «разноплановость мышления», когнитивное снижение.

3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу при обострении психотических симптомов,
- наблюдение участкового психиатра,
- постоянны длительный прием нейролептиков с активизирующим действием (кветиапин, рисперидон).

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нейролептиками (кветиапин, рисперидон), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации на фоне проводимой терапии и нарастании декомпенсации в бытовом функционировании рассмотреть вопрос о дееспособности и оформлении в психоневрологический интернат.

Задача 2.

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

Ухудшение состояния за 2 недели до госпитализации: стала вялой, рассеянной, считала, что на работе к ней изменилось отношение. В дальнейшем появились идеи самообвинения, говорила,

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

Решение

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

Диагноз поставлен на основании:

- чрезвычайной остроты и быстроты симптоматики в развитии последнего приступа. В течение нескольких дней резчайшее кататоническое возбуждение сменяется кататоническим ступором с развитием онейроидного помрачения сознания. Ухудшение психического состояния коррелирует с утяжелением соматического статуса. Появление температурной кривой неправильного характера с фебрильными цифрами, неустойчивость АД, вегетативные расстройства, отсутствие соматических причин повышения температуры позволяют говорить о фебрильном приступе шизофрении тяжелой степени.

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

3. Тактика терапии

1. Госпитализация в отделение интенсивной терапии.
2. Решение вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии.
3. Ликвидация гиповолемии и коррекция кислотно-основного состояния (в зависимости от лабораторных показателей). Объем вводимых жидкостей от 3 до 7 литров в сутки.
4. Устранение гипертермии.
5. Профилактика отека мозга (маннитол, лазикс, сульфат магнезии в/в).
6. Использование больших доз ноотропов (р-р 20% мексидол – 2 раза в сутки).
7. Коррекция вегетативных нарушений (транквилизаторы с вегетостабилизирующим действием (0,5% седуксен до 8 мл – суточная доза)).
8. Профилактика вторичных инфекций (антибиотики)
9. После стабилизации тяжелого состояния синдромальное поддерживающее лечение нейролептиками (рисперидон, оланзапин).

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, противорецидивная терапия нейролептиками (рисперидон, оланзапин), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации направление на МСЭ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент Р., 27 лет. Незадолго до поступления в больницу окружающие обратили внимание на то, что больной стал медлительным, молчаливым. Иногда застывал в неудобной позе надолго. Взяв в руку инструмент, мог держать его в вытянутой руке 20-30 мин. В это же время появились галлюцинаторные переживания и идеи отношения, преследования, гипнотического воздействия. В психиатрической больнице перестал разговаривать, двигаться, принимать пищу, сутками лежал, не меняя положения тела, с приподнятой над подушкой головой. На вопросы не отвечал. Пищу принимал с рук персонала, наблюдался пассивный негативизм, амбивалентность. Больной был крайне манерен, гримасничал. Проведен курс инсулинотерапии, после чего состояние улучшилось. Начал самостоятельно принимать пищу, на вопросы отвечает чаще шепотом, односложно, продолжает большую часть времени проводить в постели, с окружающими не общается.

Задача 2

Пациент Ф., 37 лет, инженер, в ОКП НБ № I поступил впервые.

Из направления известно, что Ф. в ущерб своей основной работе занимается бесцельным изобретательством, изобретает "технически неосуществимые" модели машин. Например, трансформатор с КПД-100%. Постоянные конфликты с администрацией расценивает как следствие "зажима", не признает никаких авторитетов. Руководство НИИ вынуждено было поставить вопрос о его трудоспособности.

На приеме: ориентировка всех видов сохранена. С большими подробностями рассказывает о ситуации, сложившейся на работе. Себя виновным ни в чем не считает. Мышление с элементами резонерства.

Из характеристики: начиная с 36 лет, Ф. начал изобретать, забыв о всякой работе. Идея его изобретения в принципе была верна, но не нова. Не обращая внимания на предупреждения о необходимости заниматься непосредственной работой, Ф. в течение 2,5 мес. занимался только "изобретением". Когда его заставляли заниматься работой, он воспринимал это как противодействие его изобретению, писал жалобы в Департамент. Начиная с этого времени, Ф. на работе практически ничего не делал. Вся его деятельность сводилась к общим разговорам и рассуждениям.

При разговоре с Ф. часто создается впечатление, что он разговаривает сам с собой.

Задача 3

Пациентка 41 год, доставлена в психиатрическое отделение бригадой скорой помощи, которую вызвала самостоятельно, т.к. слышит голоса соседей, которые угрожают убить ее и при этом они же вызывают у нее болевые ощущения во всем теле, воздействуя радио-магнитными волнами, в течение недели не спит, не выходит из дома.

Из анамнеза: Ранее развитие без особенностей. Окончила 11 классов и курсы секретарей. Работала в офисе. За мужем не была, имеет сына 14 лет.

Болеет психическим расстройством с 30 лет, когда впервые стала ощущать слежку на улице со стороны незнакомых ей лиц, видела подъезжающие к ее дому ночью машины, в которых сидели люди в черном и светили фарами в ее окна. Далее стала испытывать их воздействие через экран компьютера. Поменяла место жительства, но ощущение слежки не исчезло. Стала считать, что ее преследователи живут в соседних квартирах, пишут на стенах подъезда и на ее двери угрожающие надписи кровью, стучат в ее стены, двигают потолок, воздействуют радио-магнитными волнами влияя на ее здоровье, вызывая боли в теле, отнимают у нее силы. Неоднократно обращалась в полицию, но фактов материального ущерба не было выявлено. С 30 лет лечится в психиатрической клинике 3-4 раза в год. Поступает по скорой помощи, которую вызывает сама боясь умереть или из-за страха, что ее убьют. В последние десять лет замкнутая, живёт одна, друзей нет, с родителями общается редко, не работает. Лишена родительских прав, отказалась сама от воспитания сына в связи с тем, что не имеет сил для того чтобы за ним следить и ухаживать, сына воспитывает мать пациентки, с сыном видится редко, объясняя это страхом выходить из дома. Последний год женщину регулярно посе- щает отец, приносит продукты, помогает с уборкой квартиры и приготовлением еды. Дома бездея- тельна, увлечений нет, телевизор не включает, гаджетами не пользуется, опасаясь воздействия и слежки через них. Лечение у психиатра получает, принимает регулярно.

В отделении спит хорошо, аппетит хороший, пассивная, с другими пациентами не общается, тревожная, напряженная, в беседу вступает настороженно, рассказывает про свои бредовые пережива-

ния, постоянно спрашивая верят ли ей врачи, на другие темы (о семье, сыне, работе) отвечает формально односложно. Мимика обедненная, постоянно тревожно оглядывается. Темп речи замедленный, в мышлении паралогичность и разноплановость. Фон настроения снижен. Суицидальных мыслей не отмечено.

Соматический и неврологический статус в пределах нормативных показателей.

Задача 4

Больной И., 25 лет. Наблюдается у психиатра с 15 лет, когда впервые обратился в сопровождении мамы к участковому психиатру в связи с тем, что стал замкнутым, перестал общаться с одноклассниками, на уроках стал пассивным, не отвечал у доски, перестал делать уроки и выполнять задания в классе, с родителями в разговор вступал редко при этом отвечал односложно. Было проведено обследование в психиатрическом стационаре, назначена психофармакотерапия, оформлено индивидуальное обучение. Закончить среднее образование не смог. Замкнутость и пассивность в поведении нарастали. В 18 лет признан не годным к службе в армии, обследование по Векслеру показало 65 баллов, оформлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. Соматически и неврологически здоров.

Анамнез: Единственный поздний ребенок в семье. Наследственность: у родной сестры по линии отца ранний детский аутизм. Перинатальный анамнез и раннее развитие без особенностей. Посещал детский сад, пошел в школу в 7 лет. Отмечалось опережающее формирование учебных навыков, научился самостоятельно читать в 3 года. В школе увлекался точными науками, любил участвовать в олимпиадах, на которых имел успешные результаты. В классе общался избирательно, предпочитал быть в стороне от одноклассников.

В настоящее время проживает с родителями, дома бездеятелен, ничем не интересуется, большую часть времени проводит бесцельно, просматривая телепередачи, интереса к книгам и другой творческой деятельности не проявляет, посещал несколько занятий в реабилитационном центре после чего отказался его посещать. Гигиенические навыки выполняет под контролем родителей, в быту неряшлив. Сон и аппетит не нарушены. Бредовой и галлюцинаторной симптоматики не проявляет.

Задача 5

Пациентка, 35 лет. Поступила в стационар в связи с появлением мужских голосов, угрожающего содержания, которые пугают ее и не дают спать.

Анамнез: второй ребенок в благополучной семье. Развивалась без особенностей. Окончила 11 классов, педвуз по специальности лингвиста. Работала 2 года учителем, затем в разных фирмах переводчиком. Общалась с коллегами, имела несколько подруг. Несколько раз пыталась создать свою семью, но отношений не получалось.

Болеет психическим заболеванием с 30 лет, когда, впервые находясь дома услышала голос демона, который доносился улицы, угрожал ее убить, выглянув в окно она увидела огромного черного монстра и выбежала без верхней одежды на улицу, бежала по сугробам до тех пор, пока ее не остановили сотрудники полиции, которые вызвали скорую помощь. Находясь в стационаре в течение месяца стала спокойнее, зрительные и слуховые галлюцинации исчезли, была выписана под наблюдение участкового психиатра. Продолжила работать администратором в туристической фирме, препараты принимала регулярно, но стала отмечать, что снизилась концентрация внимания, стала допускать ошибки при заполнении документов, быстро уставала, поэтому уволилась и стала работать на дому менеджером по продажам через интернет. Повторное поступление через год с приступом голосов в голове угрожающего содержания, чаще мужских. После повторной госпитализации была оформлена инвалидность 2 группа. Частота последующих госпитализаций 2-3 раза в год. Пациентка проживает одна, но ежедневно к ней приходит мама, которая следит за приемом лекарств и помогает дочери в быту. Друзей нет, общается только с мамой и сестрой. Пыталась устроиться на работу уборщицей и фасовщицей, но из-за быстрой утомляемости быстро увольнялась. По настоянию мамы дома собирает картины из бисера, иногда посещает творческие занятия в центре реабилитации.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение в группе историй болезни пациентов, находящихся на лечении, и ознакомление с заполненной на них документацией.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Типы дефектов при шизофрении
2. Принципы обследования пациентов с шизофренией.
3. Дифференциальный диагноз шизофрении с соматическими/неврологическими расстройствами.
4. Дифференциальный диагноз шизофрении с психическими расстройствами.
5. Клиника и дифференциальный диагноз фебрильного приступа шизофрении с соматическими, неврологическими расстройствами и осложнениями фармакотерапии.
6. Принципы оказания неотложной помощи при фебрильном приступе шизофрении.
7. Характеристика основных и побочные действия групп психофармакопрепаратов, используемых при шизофрении (нейролептики, транквилизаторы).
8. Шоковые методы лечения шизофрении (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия) и показания к проведению.
9. Понятия психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация и этапы их проведения при шизофрении.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основным методом исследования в психиатрии является
   а) лабораторный
   б) инструментальный
   в) клинико-психопатологический
   г) психодиагностический
2. К расстройствам мышления при шизофрении относятся
   а) символизм
   б) апрозексия
   в) паралогичность
   г) бессвязность
3. К дополнительным методам исследования в психиатрии относятся
   а) психодиагностический
   б) инструментальный
   в) клиническо-психопатологический
   г) лабораторный
4. Непрерывный тип течения шизофрении характеризуется
   а) наличием длительных ремиссий
   б) эпизодическим появление бредовой симптоматики
   в) постепенным нарастанием негативных симптомов при сохраняющейся продуктивной симптоматике начало болезни с негативной симптоматики
   г) быстрым наступлением конечного состояния с момента манифестации психоза
5. Эпизодический тип течения шизофрении характеризуется
   а) постоянно сохраняющейся психопродуктивной симптоматикой
   б) наличием интермиссий между психозами
   в) отсутствием негативных симптомов
   г) острыми эпизодами психотической симптоматики с последующими ремиссиями
6. Дифференциальная диагностика острого шизофренического психоза проводится со следующими состояниями
   а) органические психозы
   б) глубокая умственная отсталость
   в) симптоматические психозы
   г) аффективные психозы
7. Фебрильный приступ шизофрении необходимо дифференцировать со следующими состояниями

а) нейроинфекции
б) нейролептическим синдромом
в) открытая черепно-мозговая травма
г) метастатическая интоксикация

8. Реанимационные мероприятия при фебрильном приступе шизофрении направлены на купирование
а) отека мозга
б) галлюцинаторно-бредовой симптоматики
в) гематологических и метаболических нарушений
г) поддержание функций жизненно важных внутренних органов

9. При шизофрении используют препараты преимущественно из группы
а) антидепрессантов
б) нейролептиков
в) ноотропов
г) антиконвульсантов

10. Атипичные нейролептики действуют преимущественно на следующие нейромедиаторные системы
а) норадреналиновые
б) гамкэргичееские
в) серотониновые
г) дофаминовые

11. К экстрапирамидным побочным эффектам нейролептиков относятся
а) паркинсонизм
б) острые спазмы
в) парезы
г) акатизия

12. К активизирующим нейролептикам относятся
а) галлоперидол
б) сульпирид
в) хлорпротиксен
г) арипипразол

13. Антипсихотический эффект наблюдается у следующих препаратов
а) клозапин
б) тиреодазин
в) рисперидон
г) галлоперидол

14. Седативный эффект имеется у следующих нейролептиков
а) хлорпротиксен
б) хлорпромазин
в) амисульприд
г) сульпирид

15. В психосоциальную реабилитацию пациентов с шизофренией необходимо включать
а) психообразование
б) тренинг социальных навыков
в) социальную изоляцию
г) социально-трудовую реадаптацию

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Терапия шизофрении».

5) Заполните таблицу клинических эффектов нейролептиков

Клинические эффекты нейролептиков	Названия препаратов

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
3. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
4. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
5. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
6. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.3: Аффективные расстройства

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

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию аффективных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии аффективных расстройств у пациентов, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).
3. Изучить причины суицидов и суицидальных попыток, виды, методы выявления, тактику врача при суицидальной настроеннности и особенности работы с суицидентами
4. Обучить практическим методам обследования пациентов с аффективными расстройствами, назначению терапии и проведению психопрофилактики

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- этиопатогенез и клинику аффективных расстройств
- методы диагностики аффективных расстройств
- причины суицидов и суицидальных попыток, виды, методы выявления суицидальной настроенности, тактика при суицидальной настроеннности и особенности работы с суицидентами
- терапию аффективных расстройств и профилактику обострений

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками выявления аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками назначения терапии аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками проведения профилактики аффективных расстройств и суицидов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
8. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
9. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
10. Понятие циклотимии и дистимии, клиника, терапия.
11. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
12. Методы выявления суицидальной настроенности.
13. Профилактика суицидов.
14. Тактика врача и неотложная помощь при суицидальных тенденциях.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподвателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки выявления аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки назначения терапии аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки проведения профилактики аффективных расстройств и суицидов
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. Основными характеристиками биполярного аффективного расстройства являются (3 варианта)
   а) фазный характер течения
   б) сезонный характер обострений
   в) усложнение психопатологической структуры
   г) отсутствие личностных изменений
2. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
   а) идеи преследования

б) витальный характер депрессии
в) суицидальные мысли
г) отсутствие аппетита

3. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления (3 варианта)
а) тахикардия
б) брадикардия
в) похудание
г) запоры

4. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются (2 варианта)
а) неотложная госпитализация пациента в психиатрический стационар
б) амбулаторное лечение у психиатра
в) строгий надзор (высокая вероятность неожиданных поступков, агрессии)
г) введение антидепрессантов

5. Для алгического варианта маскированных депрессий характерно (3 варианта)
а) нарушение сна
б) раздражительность
в) оптимистический характер настроения
г) разнообразные алгии

Ответы на тестовые задания: 1- а, б, г; 2- б, в, г; 3- а, в, г; 4- а, в; 5- а, б, г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Пациент Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шутливой 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.

Решение

1. Симптомы: эйфория, чрезмерная активность, несмотря на переутомление, и общительность, быстрая речь, переключаемость, идеи величия. Синдром: маниакальный
2. Диагноз: необходимо дифференцировать маниакальный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное.
3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу.
- нейролептики с седативным действием (аминазин, оланзепин или клопиксол); нормотимики (соли лития)

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нормотимиками, неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация.

Задача 2.

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

Решение

1. Симптомы: снижение настроенния, страх, трудности с выполением работы, снижения аппетита, наличие суицидальных мыслей, а также наличие возбуждения, суетливость, заламывание рук. Синдром: тревожно-депрессивный с элементами ажитированной депресиии
2. Диагноз: необходимо дифференцировать депрессивный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное.
3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу.
- антидепрессанты с седативным действием (амитриптилин в/в, затем с переходом на per os); нормотимики (соли лития или карбамазепин)

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нормотимиками, неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациентка 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.

Задача 2

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

настроения, особенно к вечеру, после приема курса антидепрессантов.

Задача 3

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

5. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами для постановки диагноза, Осмотр пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, синдромов, изучением данных, имеющихся обследований для постановки диагноза определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Аффективные расстройства, этиопатогенез.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
4. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Стадии депрессивной фазы.
5. Варианты типичных депрессий.
6. Дать характеристику атипичных депрессий.
7. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
8. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
9. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
10. Понятие циклотимии и дистимии, клиника, терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основной характеристикой маскированных депрессий является (3 варианта)
   а) выраженность аффективного компонента
   б) отсутствие жалоб на сниженное настроение
   в) малая интенсивность аффективного компонента
   г) наличие соматических признаков депрессии
2. Классическая депрессивная триада характеризуется (3 варианта)
   а) снижением настроения
   б) двигательным торможением
   в) двигательным возбуждением
   г) идеаторным торможением
3. К соматическим признакам депрессии относятся (3 варианта)
   а) запоры
   б) дисменорея
   в) похудание
   г) васкулиты

4. Маниакальная триада характеризуется (3 варианта)
   а) повышенным настроением
   б) двигательным торможением
   в) ускорением ассоциаций
   г) двигательным возбуждением
5. Для выраженной маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)
   а) наличие маниакальной триады
   б) чувство тревоги
   в) идеи переоценки
   г) расторможенность влечений
6. Для клиники циклотимии характерно (3 варианта)
   а) малая интенсивность аффективных расстройств в фазах
   б) отсутствие прогредиентности
   в) большое количество маскированных аффективных состояний
   г) наличие прогредиентности
7. Диагноз маскированных депрессий можно поставить на основании наличия (3 варианта)
   а) фазности и периодичности течения
   б) безуспешности диагностики «соматического заболевания»
   в) безуспешности обычной терапии «соматического заболевания»
   г) ярко выраженного аффекта
8. Суицидальную опасность представляют следующие состояния (3 варианта)
   а) адинамическая депрессия
   б) депрессии с депрессивным бредом
   в) ажитированная депрессия
   г) меланхолическая депрессия
9. К важным диагностическим критериям аффективных расстройств относятся (2 варианта)
   а) фазность депрессий и маний
   б) наличие психогении
   в) наличие интермиссии
   г) отсутствие бредовых идей
10. Течение биполярного расстройства связано с (1 вариант)
   а) семейной обстановкой
   б) погодными условиями
   в) внутренними биоритмами
   г) условиями питания
11. Монополярное аффективное расстройство характеризуется (3 варианта)
   а) периодическим повторением маниакальных фаз
   б) периодическим повторением маниакальных и депрессивных фаз
   в) периодическим повторением депрессивных фаз
   г) наличием интермиссий

Ответы на тестовые задания: 1- б, в, г;2- а, б, г; 3- а, б, в; 4- а, в, г; 5- а, в, г; 6- а, б, в; 7 - а, б, в;8- б, в, г; 9- а, в; 10 - в.11- а, в, г

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Аффективные расстройства»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполните диагностическую таблицу

Клинический вариант аффективного расстройства	Клиника	Диагностика	Терапия		
			Купирование	Поддерживающая	Противорецидивная
Рекуррентная депрессия					

Монополярное маниакальное расстройство					
Биполярное расстройство					

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.4: Эпилепсия: распространенность, этиопатогенез. Клиника

Цель: способствовать формированию знаний по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике, терапии эпилепсии в условиях психиатрической службы.

Задачи:

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

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику эпилепсии
- методы диагностики эпилепсии
- терапию эпилепсии

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов эпилепсии

- навыками выявления эпилепсии
- навыками назначения терапии при эпилепсии
- навыками проведения профилактики эпилепсии

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы 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. Принципы лечения эпилепсии, противоэпилептические препараты, особенности их назначения.
7. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
8. Понятие об эпилептической реакции и синдроме.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов
- навыки назначения терапии эпилепсии
- заполнение историй болезни

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов и противоэпилептической терапии. Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства и симптомы эпилепсии в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов и противоэпилептической терапии.

3. Решить тестовые задания:

1. Эпилептические приступы классифицируют на две следующие группы
   а) смешанные
   б) генерализованные
   в) симптоматические
   г) парициальные
2. К генерализованным приступам относятся
   а) абсансы
   б) приступы с изменением сознания (эпилептические автоматизмы)
   в) пропульсивные (атонические)
   г) миоклонические
3. К простым парциальным припадкам относятся
   а) моторные
   б) миоклонические
   в) вегетативно-висцеральные
   г) психические
4. Простые парциальные приступы – это
   а) приступы без изменения сознания
   б) фонаторные
   в) адверсивные
   г) атонические
5. Психомоторные (сложные парциальные) приступы включают в себя
   а) абсансы
   б) трансы

в) фуги

г) оральные автоматизмы

Ответы к тесту: 1- б, г; 2- а, в, г; 3- а, в, г; 4- а, б, в; 5- б, в, г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию
- определите тактику профилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У мужчины 20 лет в течение последних 5 лет возникают приступы потери сознания, которые начинаются с ощущения неприятного запаха в течение несколько секунд. Затем наступает потеря сознания, возникают тонические и клонические судороги в конечностях, прикус языка и недержание мочи. Приступ продолжается в течение нескольких минут, после приступа обычно беспокоит головная боль, события в период припадка больной не помнит. Сначала припадки возникали не чаще одного раза в полгода, в последний год они участились до одного раза в месяц. При обследовании не выявлено изменений в неврологическом статусе.

Решение

- Учитывая наличие вторично-генерализованных тонико-клонических приступов, начинающихся с ощущения неприятного запаха, в течение 5 лет можно думать о диагнозе эпилепсия. Т.к. пациент не получает противоэпилептического лечения, то заболевание прогрессирует и приступы учащаются.

- Обследование: ЭЭГ, консультация офтальмолога, спиномозговая пункция, КТ и МРТ головного мозга, общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови.

- Предварительный диагноз: фокальная эпилепсия с редкими вторично-генерализованными судорожными приступами.

Терапия – антиконвульсанты per os в соответствии с типом приступов (вальпроаты 750 мг – 2 раза в сутки), ноотропы (пантогам 0,5 два раза в сутки), при необходимости сосудистая и симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной страдает эпилепсией. Обычно он вежлив и слащав в обращении с персоналом. Внезапно его состояние меняется, он становится злобным, тревожным. Выражает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных. Спустя сутки поведение его становится обычным.

Задача 2

Больной М.,13 лет. Ученик 6-го класса. Время от времени поднимается в ночное время и бродит по квартире. В это время он может даже открыть запертую дверь, выйти на улицу. При попытке уложить в постель оказывает бессмысленное сопротивление, становится агрессивным, не откликается на имя. Спустя некоторое время становится послушным, позволяет уложить себя в постель. Утром жалуется на головную боль, эпизод амнезирует. В раннем возрасте у мальчика были редкие эпилептические судорожные припадки. Последние 2-3 года ухудшилась успеваемость в школе.

5. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с эпилепсией, имеющих психические расстройства для постановки диагноза, осмотр пациентов по теме занятия с выделением симптомов, синдромов, изучением данных, имеющихся обследований для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики профилактики и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. 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. Принципы лечения эпилепсии, противоэпилептические препараты, особенности их назначения.
7. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
8. Понятие об эпилептической реакции и синдроме.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выберите, что характерно для эпилепсии
   а) хроническое прогредиентное течение
   б) судорожные и бессудорожные пароксизмы
   в) относится к психогенным заболеваниям
   г) эпилептическая активность в головном мозге
2. В зависимости от этиологического фактора выделяют следующие типы эпилепсии
   а) идиопатическая
   б) симптоматическая
   в) генерализованная
   г) криптогенная
3. Для идиопатической эпилепсии характерно
   а) генетическая предрасположенность
   б) развитие на фоне органических изменений ЦНС
   в) отсутствие неврологических и психических расстройств
   г) лимитированный возраст дебюта
4. Общие признаки приступов при эпилепсии
   а) демонстративность
   б) стереотипность
   в) возникновение в ночное время
   г) пароксизмальность (внезапность начала и окончания, кратковременность)
5. Проведение МРТ обязательно при
   а) каждом эпилептическом приступе
   б) фармакорезистентной эпилепсии
   в) впервые возникшем эпилептическом парциальном приступе
   г) частых, серийных, затяжных эпилептических приступах
6. Психомоторные (сложные парциальные) приступы сопровождаются
   а) сопором
   б) онейроидом
   в) сумеречным расстройством
   г) аменцией
7. Выберите основные препараты для неотложной помощи при эпилептическом приступе
   а) сульфат магния
   б) аминазин
   в) диазепам
   г) спазмолитики
8. Для личностных изменений при эпилепсии характерны
   а) дурашливость, легковесность
   б) медлительность, вязкость, тяжеловесность
   в) вспыльчивость, эгоизм, злопамятность
   г) аккуратность, педантизм

9. К разновидностям пропульсивных (атонических) приступов относятся
   а) «кивки»
   б) «салаам-припадки»
   в) «клевки»
   г) вздрагивания
10. К противоэпилептическим препаратам относятся
   а) тиопроперазин (мажептил)
   б) вальпроевая кислота (депакин, конвулекс)
   в) хлорпромазин (аминазин)
   г) топирамат (топамакс)
11. В постановке диагноза эпилепсии важное значение имеют следующие диагностические признаки
   а) повторяющиеся эпилептические приступы
   б) возраст
   в) характерные изменения личности
   г) признаки эпилептической активности на ЭЭГ

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Эпилепсия»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
3. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.5: Эпилепсия: виды эпилептических психозов. Принципы терапии. Эпилептический статус.

Цель: способствовать формированию знаний по клинике, диагностике, дифференциальной диагностике, терапии эпилептических психозов, а также формированию умений по оказанию неотложной помощи при эпилептическом статусе.

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию эпилептических психозов.
2. Изучить методы диагностики и терапии эпилептических психозов у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, оформления документации в психиатрии (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с эпилептическими психозами, назначению терапии.
4. Сформировать умение оказывать неотложную помощь при эпилептическом статусе.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику эпилептических психозов и эпилептического статуса
- методы диагностики эпилептических психозов и эпилептического статуса
- терапию эпилептических психозов и эпилептического статуса

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы эпилептических психозов и эпилептического статуса
- проводить дифференциальную диагностику эпилептических психозов и эпилептического статуса
- назначать терапию при эпилептических психозах и эпилептического статуса

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов эпилептических психозов и симптомов эпилептического статуса
- навыками выявления эпилептических психозов и симптомов эпилептического статуса
- навыками назначения терапии при эпилептических психозах и эпилептическом статусе

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Клиника эпилептических психозов.
2. Классификация эпилептических психозов.
3. Критерии постановки диагноза эпилептических психозов.
4. Дифференциальная диагностика эпилептических психозов.
5. Терапия эпилептических психозов.
6. Причины и клинические характеристики эпилептического статуса.
7. Клинические варианты эпилептического статуса.
8. Принципы оказания неотложной помощи при эпилептическом статусе.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов эпилептических психозов и симптомов эпилептического статуса
- навыки назначения терапии при эпилептических психозах и эпилептическом статусе
- заполнение историй болезни, написание дневников курации

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов. Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Проведение дифференциального диагноза. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии и/или неотложной помощи.

3. Решить тестовые задания:

1. Облигатные признаки изменения личности при эпилепсии
   а) паранойяльность
   б) эксплозивность, мстительность, конфликтность
   в) шизоидность, аутизация
   г) вязкость, тугоподвижность мышления, эгоцентричность, педантизм
2. К транзиторным эпилептическим психозам относятся следующие варианты
   а) дисфории
   б) абсансы
   в) сумеречные состояния
   г) онейроиды
3. Эпилептические аффективные психозы проявляются
   а) параноидом
   б) деменцией
   в) депрессиями
   г) маниакальными эпизодами

4. Бредовые эпилептические психозы проявляются следующими синдромами
   а) параноидным
   б) паранойяльным
   в) сумеречным
   г) парафренным
5. Эпилептические психозы с нарушениями сознания проявляются
   а) паранойяльными расстройствами
   б) сумеречными состояниями
   в) маниакальными эпизодами
   г) онейроидными расстройствами
6. Эпилептический статус клинически может проявляться
   а) статусом абсансов
   б) статусом миоклоний
   в) статусом амнезий
   г) статусом клонических приступов

Ответы к тесту: 1- б, г; 2- а, в, г; 3- в, г; 4- а, б, в; 5- б, г; 6 – а, б, г.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию
- определите тактику профилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка 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.

Решение

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

Учитывая наличие генерализованных судорожных приступов, возникших после черепно-мозговой травмы в 11 лет, можно думать о диагнозе посттравматическая 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, т.к. начинаются с поворота головы вправо, поэтому эпилепсия – фокальная.

Обследование:

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

Терапия:

На догоспитальном этапе:

- уложить пациентку на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей
- в/в медленно 0,5% р-р реланиума (сибазона, диазепама) 4 мл в 10 -20 мл 10% раствора глюкозы
- 1% лазикс 2 мл в/м
- 25% р-р сульфата магнезии 10 мл в/в медленно или в/м
- при неэффективности – через 15-20 минут повторить введение бензодиазепиновых производных в той же дозе.

Госпитализация в реанимационное отделение:

при отсутствии эффекта от бензодиазепинов:

- депакин 400 мг в/в капельно с последующим капельным введением 25 мг/кг – суточная доза со скоростью 1 мг/кг/час
- или 20% р-р натрия оксибутирата 50-150 мг/кг/сутки
- при неэффективности - проведение наркоза (I - II ступень хирургической стадии), при отсутствии стойкого эффекта - сверхдлинный комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов и искусственной вентиляции легких (ИВЛ).
- мониторирование и коррекция гемодинамических, метаболических и висцеральных функций.

При восстановлении сознания – антиконвульсанты per os в соотвествии с типом приступов (вальпроаты 750 мг – 2 раза).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациентка, 56 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. До 3 лет отмечались фебрильные приступы. В школу пошла своевременно. Закончила вуз, работала в библиотеке. Семьи нет, живет одна. Поступила в стационар добровольно в сопровождении брата, в связи с тем, что в течение месяца стала вести себя агрессивно по отношению к соседям, считает, что они проникают к ней в квартиру, портят и воруют вещи, поэтому ругается с ними, стучит им в стену, кричит и нецензурно бранится в их адрес. Наблюдается с 35 лет у невролога-эпилептолога с диагнозом: Симптоматическая эпилепсия, парциальная височная (на МРТ мезиальный склероз) с комплексными приступами (амбулаторные автоматизмы) средней частоты (1 раз в 3-4 мес.). Получает карбамазепин постоянно.

Задача 2

Пациентка, 36 лет. Страдает с 28 лет недифференцированной (криптогенной) парциальной эпилепсией с редкими (1-2 раза в год) психомоторными приступами. Лечение получает постоянно (леветирацетам) под контролем невролога-эпилептолга. За мужем, имеет 2-х детей. Работает менеджером в фирме мужа. Заботлтвая, ответственная, педантичная по характеру. Поступила в психиатрический стационар добровольно по скорой помощи в сопровождении мужа. В течение месяца отмечается нарастание многоречивости, гиперактивности, перестала выполнять обязанности на работе и следить за детьми. Находится в постоянно веселом радостном настроении, мало спит по 3-4 часа. За месяц пробовала посещать курсы флористики, дизайна, йоги, но через 2-3 занятия бросала и начинала искать новые увлечения. Решила посвятить себя волонтерской деятельности, в интернете посещала сомнительные сайты и заводила знакомства. После очередного общения в чате поссорилась с мужем из-за того, что решила уехать в другой город для участия в конкурсе. После чего муж вызвал бригаду скорой помощи.

Через неделю после назначенной терапии в психиатрическом отделении стала спокойнее, сожалеет о ссоре с мужем, сон нормализовался. Общая осведомленность, интеллект и когнитивные функции в норме.

5. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами для постановки диагноза, осмотр пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, синдромов, изучением данных, имеющихся обследований для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики профилактики и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. 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 препараты, особенности их назначения.
9. Эпилептический статус, виды, терапия.
10. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
11. Понятие об эпилептической реакции и синдроме.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выберите клинические варианты эпилептических психозов
   а) эпилептический параноид
   б) эпилептический онейроид
   в) эпилептическое расстройство личности
   г) маниакальны психоз
2. Терапия эпилептического параноида включает назначение
   а) ноотропов
   б) нейролептиков с антипсихотическим эффектом
   в) диазепама
   г) нормотимиков
3. Для лечения частых дисфориях используют
   а) винпоцетин
   б) имипрамин
   в) тиоридозин
   г) нитразепам
4. При депрессивных эпилептических психозах показано назначение
   а) нормотимиков
   б) транквилизаторов
   в) нейролептиков
   г) СИОЗС
5. При назначении антидепрессантов и нейролептиков пациентам с эпилепсией имеется риск развития
   а) энцефалита
   б) миокардита
   в) эпилептического статуса
   г) артрита
6. Препаратом для купирования эпилептического статуса является
   а) тиамин
   б) винпоцетин
   в) диазепам
   г) карбамазепин

Ответы к тесту: 1- а, б, г; 2- б; 3- в; 4- г; 5- в; 6- в.

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Эпилептические психозы»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполните диагностическую таблицу

Вариант психического расстройства при эпилепсии	Клиника
Депрессия	
Маниакальное расстройство	
Дисфории	

Сумеречное расстройство	
Онейроид	
Параноидное расстройство	
Парафренное расстройство	

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
3. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.6: Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга

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

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга.
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- методы диагностики психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований
- терапию психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- назначать терапию психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга

- проводить профилактику психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- навыками выявления психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- навыками назначения терапии психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- навыками профилактики психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Классификация заболеваний позднего возраста.
2. Этиология и патогенез психических расстройств при атрофических процессах головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера).
3. Клинические этапы развития сенильной деменции, особенности инициального периода.
4. Болезнь Альцгеймера, клиника, диагностика, терапия.
5. Клиника, диагностика, терапия болезни Пика.
6. Клиника, диагностика и терапия инволюционной депрессии и инволюционного параноида.
7. Клиника церебрального атеросклероза, стадии.
8. Профилактика и лечение психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом на различных этапах течения.
9. Клинические проявления психических расстройств при гипертонической и гипотонической болезнях.
10. Клиника, дифференциальная диагностика и терапия функциональных психозов позднего возраста.
11. Подходы к терапии атрофических и сосудистой мозговой недостаточности.
12. Частые побочные эффекты, возникающие при применении типичных нейролептиков.
13. Основные принципы лечения.
14. Спектр терапевтической активности ноотропных средств.
15. Спектр терапевтической активности атипичных антипсихотиков.
16. Побочные эффекты, возникающие при применении атипичных антипсихотиков.
17. Перечислите препараты для лечения деменции.
18. Перечислите наиболее существенные свойства всех «ноотропов».

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов
- навыки раннего выявления психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- навыки назначения терапии психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- навыки профилактики обострения психических расстройств при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Определить ведущие симптомы, синдромы, поставить предварительный диагноз, ознакомиться с имеющимися данными лабораторно-инструментальных обследований, назначить дополнительные в случае необходимости, выработать тактику терапии, назначить медикаментозное лечение, разработать методы реабилитации. Проведите тест MMSE и «Мини-Ког» у пациентов с подозрением атрофиеский процесс головного мозга

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- определите методы дополнительного исследования
- назначьте терапию
- определите тактику профилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка 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. Контакту доступна. 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.

Решение

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)

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

- 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).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1.

Пациентка 70 лет. По характеру очень организованная. Около двух лет назад появились проблемы с памятью. Стала жаловаться, что не может запомнить имена детей, внуков. Стала замечать, что не

помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Раньше всегда гордилась своим умением готовить пищу, а сейчас не могла приготовить обед. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка немного неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения, не знала имени президента страны. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной, неясной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала, не справилась даже с легким арифметическим заданием и не смогла посчитать в обратном порядке. Не понимала тяжести своего состояния. Определить синдром и заболевание

4. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (исследование памяти, внимания, интеллекта, выявление апраксии, аграфии, амнезии, тест MMSE). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Классификация заболеваний позднего возраста.
2. Этиология и патогенез психических расстройств при атрофических процессах головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера).
3. Клинические этапы развития сенильной деменции, особенности инициального периода.
4. Болезнь Альцгеймера, клиника, диагностика, терапия.
5. Клиника, диагностика, терапия болезни Пика.
6. Клиника, диагностика и терапия инволюционной депрессии и инволюционного параноида.
7. Клиника церебрального атеросклероза, стадии.
8. Профилактика и лечение психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом на различных этапах течения.
9. Клинические проявления психических расстройств при гипертонической и гипотонической болезнях.
10. Клиника, дифференциальная диагностика и терапия функциональных психозов позднего возраста
11. Подходы к терапии атрофических и сосудистой мозговой недостаточности.
12. Частые побочные эффекты, возникающие при применении типичных нейролептиков.
13. Основные принципы лечения.
14. Спектр терапевтической активности ноотропных средств.
15. Спектр терапевтической активности атипичных антипсихотиков.
16. Побочные эффекты, возникающие при применении атипичных антипсихотиков.
17. Перечислите препараты для лечения деменции.
18. Перечислите наиболее существенные свойства всех «ноотропов».

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Нарушения высших корковых функций при болезни Альцгеймера включают в себя:
   а) афазия

б) агнозия
в) алекситимия
г) абулия
д) апраксия

2. При болезни Альцгеймера выявляется:
а) аграфия
б) апатия
в) алексия
г) акалькулия
д) алекситимия

3. Для болезни Пика характерно:
а) быстрое поражение высших форма интеллекта
б) быстрое исчезновение критики
в) долгое сохранение критики
г) сравнительно меньше на первых этапах болезни страдает память
д) сравнительно больше на первых этапах болезни страдает память

4. Болезнь Пика следует дифференцировать:
а) с концентрическим слабоумием
б) с болезнью Бейля
в) с болезнью Бехтерева
г) с болезнью Альцгеймера
д) с лейкоэнцефалопатией

5. Все следующее характерно для болезни Альцгеймера:
а) дебют заболевания в возрасте 50–60 лет
б) женщины заболевают в 3–5 раз чаще, чем мужчины
в) наблюдается дизартрия и апраксия
г) характерно нарушение памяти
д) характерно лакунарное слабоумие

6. Все следующее характерно для болезни Пика:
а) тотальное слабоумие
б) аспонтанность и пассивность
в) гиперкинезы и гипертонус мышц
г) отсутствие сознания болезни
д) моторные и речевые стереотипии

7. Причиной возникновения тотального слабоумия могут быть:
а) прогрессивный паралич
б) шизофрения
в) опухоли лобных долей мозга
г) болезнь Пика
д) эпилепсия

8. Инволюционные депрессии:
а) имеют тенденцию к затяжному течению
б) имеют тенденцию к рецидивам
в) опасны суицидами
г) сопровождаются бредом преследования малого размаха («кухонным бредом»)

9. Признаками группы атрофических процессов головного мозга являются:
а) незаметное начало заболевания
б) неуклонно прогредиентное течение
в) формирование тотального слабоумия в конечной стадии
г) волнообразное течение (периоды спонтанного улучшения и ухудшения состояния)
д) значимое ухудшение психического состояния при ухудшении соматического

10. Личностные изменения, наиболее характерные для сенильной деменции

а) повышенная тревожность
б) эгоцентризм
в) эмоциональное огрубение
г) расторможенность влечений
д) критическое отношение к состоянию

11. Инволюционная депрессия может быть представлена:
а) ажитированной депрессией
б) депрессией с бредом Котара
в) депрессивно-бредовым синдромом
г) эмоциональной холодностью

12. Фабула инволюционных параноидов складывается:
а) из идей ущерба
б) из идей отравления
в) из идеи высокого происхождения
г) из идей виновности

13. Для личностных изменений при болезни Альцгеймера с поздним началом (сенильной деменции) характерно:
а) расторможение низших влечений
б) упрямство и ригидность
в) сужение круга интересов
г) эмоциональная лабильность

14. Для начальной стадии болезни Пика характерно:
а) прогрессирующая амнезия
б) изменение личностных черт
в) критика к болезни
г) эйфорический оттенок настроения
д) афато-агнозо-апрактический синдром

15. Для эпилептического слабоумия характерно:
а) олигофазия
б) патологическая обстоятельность
в) эгоцентризм
г) слащавость в сочетании с взрывчатостью
д) эмоциональное слабодушие

16. Какие высказывания и особенности мышления свидетельствуют о снижении интеллекта у взрослых:
а) заявляет, что дважды два — пять
б) не может перечислить месяца года в обратном порядке
в) не знает последовательность фаз деления клетки
г) утверждает, что у него на руке семь пальцев
д) не может раскрыть переносный смысл пословиц и поговорок

17. Особенностями деменции в начальной стадии прогрессивного паралича являются:
а) рано и резко нарушенная критика к своему состоянию
б) сохранность критики длительное время
в) потеря понимания межличностных отношений
г) утрата памяти и приобретенных знаний в большей степени, чем высших интеллектуальных функций
д) утрата памяти и приобретенных знаний в меньшей степени, чем высших интеллектуальных функций

18. Характерными признаками сосудистых заболеваний головного мозга являются (2 варианта)
а) раннее развитие апраксии
б) лакунарная деменция
в) дисфории
г) «мерцание» клиники

19. К типичным проявлениям болезни Альцгеймера относятся (2 варианта)
а) тотальная деменция
б) лакунарная деменция
в) критическое отношение к своему заболеванию
г) апраксия и дизартрия
20. Лакунарная деменция характерный признак при (2 варианта)
а) атеросклерозе сосудов головного мозга
б) дегенеративных заболеваниях головного мозга
в) при гипертонической болезни
г) эпилепсии
21. Личностные расстройства при болезни Пика проявляются (2 варианта)
а) благодушием, беспечностью, пассивностью
б) вязкостью, слащавостью
в) манерностью, рассуждательством
г) грубостью, сквернословием, гиперсексуальностью
22. Препаратами выбора при болезни Альцгеймера являются (2 варианта)
а) нейрометаболические препараты (пирацетам, церебролизин)
б) сосудистые препараты (винпоцетин, циннаризин)
в) ингибиторы холинэстеразы (галантамин, ривастигмин)
г) холиномиметики (холина альфосцерат)
23. На ранних этапах церебрального атеросклероза эффективны препараты (2 варианта)
а) сосудистые (винпоцетин, циннаризин, пентоксифиллин)
б) трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин)
в) нейрометаболические (актовегин, церебролизин)
г) нормотимики (соли лития, карбамазеприн)
24. Для атрофических процессов головного мозга на поздних стадиях характерны (2 варианта)
а) выздоровление от основного заболевания
б) грубые нарушения интеллектуальных функций
в) избирательное поражение когнитивных функций
г) прогредиентный характер течения
25. Для парциальной (атеросклеротической) деменции характерно (2 варианта)
а) отсутствие критического осознания имеющихся проблем со здоровьем
б) неравномерность психических нарушений (с преобладанием мнестических)
в) наличие тяжелого интеллектуального дефекта с нивелированием индивидуальных личностных черт
г) сохранность «ядра личности»
д) антидепрессантов (флуоксетин)

Ответы: 1. а б д; 2. а в г; 3. а б г; 4. б г д; 5. а б в г;6. а б г д; 7. а в г; 8. а б в; 9. а б в; 10. б в г; 11. а б в; 12. а б; 13. а б в; 14. б г; 15. а б в г; 16. а б г д; 17. а в д; 18- б, г; 19- а, г; 20- а, в; 21- а, г; 22- в, г; 23- а, в; 24- б, г; 25- б, г

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных зада

Задача 1

Больной Е., 78 лет. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил университет. Многие годы успешно работал юристом. Был женат, овдовел, имеет 2 здоровых детей. С семьей одного из сыновей живет последние годы. Всегда отличался активностью, деятельностью, общительностью, жизнелюбием, успешно продвигался по службе и занимал высокие должности. В 67-летнем возрасте оставил работу, «стало труднее справляться», «совершал ошибки из-за непродуманности при составлении документов». Со слов сына: в возрасте 65 лет в характере отца появились такие черты, как сварливость, брюзжание, недовольство окружающими, «непринятие и непонимание нового, передового», косность взглядов, негибкость решений. Стал забывчив, невнимателен, совершал мелкие, а позже и крупные ошибки, и недосмотры при составлении документов. Замечания по работе воспринимал обидчиво, говорил, что к нему придираются, «подсиживают, хотят

спровадить на пенсию», «перестали уважать, считаться». Прогрессирующе снижалась память на текущие события, несколько позже и на прошедшие. Появилась «патологическая жадность», перестал отдавать деньги, говорил, что жена сына неправильно ведет хозяйство, много расходует денег, хочет его разорить. Даже тогда, когда перестал отдавать деньги, прятал их, боялся тратить на самое необходимое, опасался, что деньги украдут, часто перепрятывал, забывая, куда спрятал. Нередко вставал среди ночи, суетился, искал деньги, вновь прятал. Монотонно стереотипно рассказывал родным, соседям о заслугах и происшествиях в юношеские годы, 252 не замечая, что повторяется, что его не слушают. Терял вещи. Както выйдя из дома, не сумел найти дороги, был приведен соседями. Иногда по ночам кричал, что его морят голодом. Начал собирать и приносить хлам с улицы. Соматоневрологическое состояние соответствует возрасту. В стационаре растерянно озирается, не знает, где находится, соглашается, что в больнице. Не знает текущую дату, день недели, месяц, год. Назвал адрес, но как добраться, объяснить не смог. Путает имена детей и внуков. Злится, когда его поправляют, заявляет, что он юрист и у него всегда была «отличная память», называет должности, которые он занимал в молодости. Определить синдром и заболевание.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
3. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.7: Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств) при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга, а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при черепно-мозговой травме, при опухолях головного мозга
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга у пациентов, особенности общесоматического и неврологического исследований, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
-методы диагностики психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга, особенности общесоматического и неврологического исследований,

- терапию психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга **Обучающийся должен уметь:**
- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- назначать терапию психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- проводить профилактику психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга

Обучающийся должен владеть:
- навыками выявления основных психопатологических синдромов при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- навыками выявления психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- навыками назначения терапии психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга
- навыками профилактики психических расстройств при черепно-мозговой травме и опухолях головного мозга

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.
2. Терапия психический нарушений при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.
3. Эпидемиология и этиопатогенез психических расстройств при опухолях головного мозга.
4. Классификации психических расстройств при опухолях головного мозга.
5. Психопатологические синдромы при опухолях головного мозга: синдромы помраченного сознания, амнестические синдромы, апатоабулические синдромы, пароксизмальные синдромы, мориоподобные синдромы, прочие.
6. Подходы к терапии атрофических и сосудистой мозговой недостаточности.
7. Основные принципы лечения.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:
- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов
- навыки раннего выявления психических расстройств при органических поражениях головного мозга, экзогенных и соматогенных заболеваниях
- навыки назначения терапии психических расстройств при органических поражениях головного мозга, экзогенных и соматогенных заболеваниях
- навыки профилактики обострения психических расстройств при органических поражениях головного мозга, экзогенных и соматогенных заболеваниях
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Определить ведущие симптомы, синдромы, поставить предварительный диагноз, ознакомиться с имеющимися данными лабораторно-инструментальных обследований, назначить дополнительные в случае необходимости, выработать тактику терапии, назначить медикаментозное лечение, разработать методы реабилитации. Проведите тест MMSE и «Мини-Ког» у пациентов с подозрением на деменцию

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- определите методы дополнительного исследования
- назначьте терапию
- определите тактику профилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Я., 44 лет. Жалобы при поступлении на подавленное настроение, утомляемость, плохой сон, колющие боли в области сердца, головные боли, головокружения, повышение АД до 160/100 мм. рт. ст. 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 повышение 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 продукции 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. Пальценосовая 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, RII, RI, RIII; RV5>RV4, T 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., эгилок 100 мг/сут., пирацетам 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.

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

Решение

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 превалируют тревожно-фобические проявления. При обследовании выявлено повышение артериального давления, изменения на электрокардиограмме

Терапия: наряду с соматотропной терапией необходимо использовать препараты анксиолитического действия (мезапам 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)

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной З., 38 лет, инженер-строитель. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован, но времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1955, 1971, 1915; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произ- 217 вольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. Путает даты личной жизни, по-разному называет имя и фамилию жены, детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Запас знаний крайне низок. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Сексуален. Пребыванием в стационаре не тяготится.

Определить синдром и заболевание

Задача 2

Больная 46 лет, поступила в терапевтическое отделение после обморока (внезапная потеря сознания на улице). Астенизирована. Жалобы на слабость, тошноту, головные боли в теменно-затылочной области, чаще в утреннее время, несколько раз сопровождавшиеся сильной рвотой, не приносившей облегчения. Аналогичные симптомы отмечались по ее словам в течение нескольких месяцев. Обращалась в поликлинику к терапевту без эффекта. В отделении попросила показать ее окулисту, так как временами видит перед глазами какие-то странные вспышки и черные точки. При осмотре окулиста на глазном дне признаки внутричерепной гипертензии.

Определить предположительный диагноз и тактику ведения

4. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (исследование памяти, внимания, интеллекта, выявление апраксии, аграфии, амнезии, тест MMSE). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.
2. Терапия психический нарушений при черепно-мозговой травме в острый, начальный и отдаленный период.
3. Эпидемиология и этиопатогенез психических расстройств при опухолях головного мозга.
4. Классификации психических расстройств при опухолях головного мозга.
5. Психопатологические синдромы при опухолях головного мозга: синдромы помраченного сознания, амнестические синдромы, апатоабулические синдромы, пароксизмальные синдромы, мориоподобные синдромы, прочие.
6. Подходы к терапии атрофических и сосудистой мозговой недостаточности.
7. Основные принципы лечения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. По характеру повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме выделяют:
   а) коммоцию
   б) контузию
   в) компрессию
   г) все перечисленное
2. При легкой степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме:
   а) первоначального отключения сознания длительностью несколько часов
   б) скоропреходящей астении
   в) отсутствия последующего оглушения или наличия легкой обнубиляции
   г) ретроградной амнезии, распространяющейся только на момент травмы и ближайшие к ней периоды времени (часы)
   д) возможности отсутствия жалоб на плохое самочувствие или наличия отдельных общемозговых симптомов в остром периоде
3. 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, возможности антероградной амнезии
   г) возможности возникновения в остром периоде только легкой астении
   д) разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде
4. При тяжелой черепно-мозговой травме:
   а) наступает сопор или кома продолжительностью несколько суток

б) постоянны мнестические нарушения (антероградная, ретроградная, фиксационная амнезия)

в) в остром периоде возникают выраженные проявления психоорганического синдрома

г) верно все перечисленное

д) неверно все перечисленное

5. При закрытой черепно-мозговой травме:

а) содержимое внутричерепной полости не испытывает воздействия внешней среды

б) целость мягких покровов обязательно сохранена

в) целость мягких покровов может быть нарушена, но рана не должна проникать глубже апоневроза

г) содержимое внутричерепной полости может испытывать воздействия внешней среды

д) верно а) и в)

6. При открытой черепно-мозговой травме имеет место все перечисленное, кроме:

а) нарушения замкнутости внутричерепной полости

б) сообщения внутричерепной полости с внешней средой

в) отсутствия повреждения твердой мозговой оболочки и вещества мозга

г) повреждений мягких покровов, включая апоневроз

д) повреждений костей черепа

7. При черепно-мозговой травме выделяют все перечисленные этапы, кроме:

а) острейшего

б) острого

в) подострого

г) реконвалесценции

д) отдаленных последствий

8. Для острого периода коммоции 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)

9. Для острого периода контузии головного мозга характерны:

а) локальные неврологические симптомы

б) менингеальные симптомы

в) корковые очаговые расстройства

г) все перечисленные симптомы

д) ни один из перечисленных симптомов

10. Посттравматическая астения:

а) является постоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы

б) возникает только при коммоциях головного мозга

в) возникает только при контузиях головного мозга

г) является непосредственным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы

д) возникает только при открытых черепно-мозговых травмах

Ответы: 1. г; 2. А;3. г; 4. г; 5. д; 6. в;7. в; 8.д; 9.г; 10. а

4) Проверить свои знания с использованием ситуационных задач

Задача 1

Больной Р., 32 лет. Находится в психиатрической больнице около 6 месяцев. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Имеет среднее образование, работал поваром в ресторане. Женат, имеет дочь. Из перенесенных заболеваний отмечает лишь простудные. 8 месяцев назад был сбит машиной, получил тяжелую травму головы с потерей сознания. Коматозное состояние длилось около 5 суток, сопровождалось расстройством сердечной деятельности и дыхания. При выходе из комы оказалось,

что больной правильно называет свое имя, возраст, приводит факты из своей биографии, но не может фиксировать происходящие события. Психическое состояние: в отделении спокоен, в ровном настроении, не обеспокоен тем, что находится в больнице. Правильно называет свое имя и возраст, приводит факты из своей биографии, но даты путает. Во времени дезориентирован несмотря на то, что в течение дня несколько раз спрашивает, какое число и месяц сегодня, тут же забывает об этом. Не узнает своего лечащего врача, уверяет, что поступил в больницу «сегодня» и с врачом еще не говорил. Обстоятельства травмы, период пребывания в соматической больнице амнезировал, полагает, что у него «больное сердце» и потому он лежит в этой больнице. Не находит своей палаты и койки. Иногда рассказывает, что «вчера» ходил на работу, а затем вернулся. Определить заболевание

Задача 2

Больной К., 16 лет. Рос и развивался нормально, в раннем детстве и школьном возрасте ничем не болел. В школе учился легко и успешно. Увлекся с 14 лет мотоциклом и все свободное время проводил за его осмотром и вождением. Потерпел аварию. Доставлен в нейрохирургическое отделение в бессознательном состоянии, удалили вдавленные осколки костей черепа, гематому. По выходе из бессознательного состояния не был в со- 225 стоянии проделывать какие-либо умственные упражнения, резко была снижена память на текущие и прошедшие события. Первое время жаловался на резкие головные боли, головокружение, звон, шум и тяжесть в голове. Отмечались потливость, то гиперемия, то бледность лица, сопровождающиеся ощущением жара или холода в конечностях. Выписан через 2 месяца. В последующие 3–4 года больной обнаруживал высокую умственную истощаемость, продолжить учебу не смог, не переносил жару, езду в транспорте, изменился характер: стал вспыльчив, раздражителен, конфликтен. Наблюдались эпизоды благодушной веселости, эйфории. Спустя 6–7 лет у больного стала появляться вялость, аспонтанность, снижение инициативы, побуждений, интересов. Подолгу лежал в кровати, не проявляя интереса к окружающему, укрывался с головой одеялом, бесцельно бродил по комнате или сидел в углу, ни на кого не обращая внимания. В стационаре отмечено нарастание признаков очагового поражения ЦНС: анизокория, недостаточность конвергенции, сглаженность левой носогубной складки, гипертензионный синдром. Подолгу лежит в постели, укрывшись с головой одеялом, ничем не интересуется, ни на кого не обращает внимания. Невозможно привлечь и сосредоточить внимание больного на каком-либо предмете. Грубые амнестические расстройства. Определить синдром и заболевание

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б.

Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.8: Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при эндокринных заболеваниях, при инфекционных заболеваниях и сифилисе. Расстройства сна

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психических расстройств) при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна, а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психических расстройствах

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна.
2. Изучить методы диагностики и терапии психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психическими расстройствами при атрофических процессах, опухолях, инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах, эндокринных заболеваниях, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна - методы диагностики психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- терапию психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна **Обучающийся должен уметь:**
- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств при органических поражениях головного мозга, экзогенных и соматогенных заболеваниях
- проводить дифференциальную диагностику при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- назначать терапию психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- проводить профилактику психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- навыками выявления психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях

головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- навыками назначения терапии психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- навыками профилактики психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия
1. Соматопсихические расстройства, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
2. Энцефалиты (клещевом, летаргическом, эпидемическом), клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия.
3. Прогрессивный паралич и сифилис мозга, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия.
4. Психосоматические расстройства, виды, этиопатогенез, особенности клиники и терапии.
5. Расстройства сна этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.

2. Практическая подготовка.
Отработка практических навыков под руководством преподавателя:
- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов
- навыки раннего выявления психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- навыки назначения терапии психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- навыки профилактики обострения психических расстройств при инфекционных и сифилитических поражениях головного мозга, при соматических заболеваниях, энцефалитах и эндокринных заболеваниях, расстройствах сна
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Определить ведущие симптомы, синдромы, поставить предварительный диагноз, ознакомиться с имеющимися данными лабораторно-инструментальных обследований, назначить дополнительные в случае необходимости, выработать тактику терапии, назначить медикаментозное лечение, разработать методы реабилитации. Проведите тест MMSE и «Мини-Ког» у пациентов с подозрением расстройства сна
Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач:
- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- определите методы дополнительного исследования
- назначьте терапию
- определите тактику профилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной А., 16 лет. Наследственность не отягощена. Роды в срок. Рос тихим, застенчивым, послушным. В дошкольном возрасте часто болел ангинами, в шестилетнем возрасте была пневмония, в десятилетнем — травма головы с кратковременной потерей сознания. В школу пошел с 8 лет. Успевал хорошо. Психические нарушения возникли остро на высоте гриппа, который в течение трех дней сопровождался высокой температурой до 39,5° С, ознобом, резкими головными болями, пло- хим самочувствием. На 4-й день стал плохо оценивать окружающую обстановку, не всегда узнавал родных, внезапно порвал одеяло, сбросил со стола посуду, побежал полуодетый на улицу, прятался от людей. Всю ночь не спал, что-то ловил на стене, на кого-то показывал, переговаривался. Утром следующего дня тревожен, пытается спрятаться под кровать, отталкивает персонал, родных. Просит не убивать его, в страхе что-то стряхивает с себя. При осмотре: дезориентирован во времени, неотчетливо воспринимает окружающее. Ответы односложные, в беседе быстро устает, истощается. Беспричинно начинает плакать, просит говорить тише, не переносит шума. К вечеру нарастает страх, видит «страшных людей, собак, пауков», плачет, зовет на помощь. Через 3 дня психотические нарушения исчезли.

Определить синдром и заболевание.

Ответ:

1) Делириозный синдром
2) Острый инфекционный психоз.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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

Задача 2

Пациентка 57 лет, поступила с жалобами на резкое снижение памяти, усталость, колебания настроения, частые головные боли, иногда сопровождающиеся рвотой. На приеме больная часто не может подобрать нужное слово, считает с ошибками, тремор пальцев рук, в позе Ромберга отклоняется вправо.

Задача 3

Больной С., 25 лет, суетлив, настроение подвержено суточным колебаниям, мышление ускоренное, речь быстрая, сопровождается бурной жестикуляцией, затруднена концентрация внимания, легко возбудим, раздражителен. Больной не усидчив. Кожные покровы теплые, влажные. Экзофтальм. Больной пониженного питания. АД 150/90. Предварительный диагноз. Тактика.

Задача 4

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

Задача 5

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 повышение 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 продукции 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. Пальценосовая 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, RII, RI, RIII; RV5>RV4, Т сглаж. в AV, Т(+) в V2-V3M/2 R. Ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, мышечные изменения.

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

4. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (исследование памяти, внимания, интеллекта, выявление апраксии, аграфии, амнезии, тест MMSE). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Соматопсихические расстройства, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
2. Энцефалиты (клещевом, летаргическом, эпидемическом), клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия.
3. Прогрессивный паралич и сифилис мозга, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия.

4. Психосоматические расстройства, виды, этиопатогенез, особенности клиники и терапии.
5. Расстройства сна этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При злокачественных опухолях возможны все перечисленные психические расстройства, кроме
   а) астении
   б) шизофазии
   в) реактивной депрессии
   г) делириозных или аментивных состояний
   д) эндоформных психозов
2. При гриппе возможны все перечисленные психические расстройства, кроме
   а) астении
   б) дереализации
   в) психозов с помрачением сознания
   г) ажитированной депрессии
   д) деменции
3. При СПИДе возможны психические расстройства
   а) реактивная депрессия
   б) ипохондрическая фиксация
   в) деменция
   г) все перечисленные
   д) ничего из перечисленного
4. Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме
   а) аффективной лабильности
   б) лабильности психической активности
   в) расстройства сна
   г) массивных вегетативных расстройств
   д) апатико-адинамического синдром
5. При дифференциальной диагностике сифилитического галлюциноза и параноида от шизофренических психозов с подобной симптоматикой имеют значение
   а) серологические данные
   б) наличие или отсутствие факта постепенной трансформации психозов с парафренным видоизменением клинической картины
   в) особенности преморбида
   г) данные ЭЭГ
   д) верно а) и б)
6. Лечение психических нарушений при эндокринных заболеваниях проводится с помощью всех перечисленных методов, кроме
   а) лечения причины соматического страдания (удаление опухоли, терапия сосудистых и воспалительных процессов)
   б) гормональной терапии
   в) психофармакотерапии
   г) психотерапии
   д) инсулинокоматозной терапии
7. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания:
   а) оглушение
   б) делирий
   в) онейроид
   г) все перечисленные
   д) ни один из перечисленным
8. В начальной стадии атеросклероза наблюдается
   а) повышенная утомляемость

б) склонность к недержанию аффекта
в) преобладание сниженного настроения
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

9. Диагностические критерии психоорганического синдрома включают
а) нарушения памяти
б) неустойчивость или лабильность эмоций
в) аутизацию
г) изменение личности

10. Триада Вальтер-Бюэля при органических заболеваниях головного мозга проявляется
а) недержанием эмоций
б) ослаблением памяти
в) эгоцентризмом
г) снижением интеллекта

11. Изменения личности по органическому типу характеризуются
а) торпидностью, пассивностью, равнодушием
б) ангедонией, отсутствием эмпатии
в) взрывчатостью, гневливостью, эгоцентризмом
г) аутизацией, уплощением эмоций

12. Органические психические расстройства при сосудистых и травматических заболеваниях головного мозга часто проявляются
а) маниакальным синдромом
б) аутизмом
в) астеническим синдромом
г) абулическим синдромом

13. Органические психозы проявляются
а) параноидом
б) аффективно-шоковой реакцией
в) галлюцинозом
г) истерическим пуэрилизмом

14. Расстройства сознания при органических заболеваниях головного мозга могут проявляться в форме
а) сумеречного расстройства
б) аменции
в) кататонии
г) оглушения

15. Из перечисленных заболеваний у детей чаще возникают инфекционные психозы
а) при кори
б) при коклюше
в) при сальмонеллезе

16. В острой стадии инфаркта миокарда могут наблюдаться психические расстройства:
а) страх, тревога, беспокойство
б) делириозные и аментивные состояния
в) двигательное возбуждение
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

17. Обобщенное понятие, под которым подразумевают плохое засыпание, проблемы с поддержанием сна и слишком раннее пробуждение, что в итоге не способствует восстановлению работоспособности и снижает качество жизни:
а) нарушение сна
б) нарушение цикла
в) гормональное нарушение

18. Острая инсомния трансформируется в … у предрасположенных к этому людей:

а) частичную
б) хроническую
в) особую

19. При любых нарушениях сна развивается:
а) бодрость
б) гипертензия
в) усталость

20. Один из факторов риска острой инсомнии:
а) пожилой возраст
б) молодой возраст
в) возраст не имеет значения

21. При любых нарушениях сна развивается:
а) склонность к ожирению
б) внимательность
в) подавленность

Ответы к тесту: 1-а, 2-г, 3-б, 4-д, 5-г, 6-д, 7-д, 8-д; 9- а, б, г; 10- а, б, г; 11- а, в; 12- в; 13- а, в; 14- а, б, г;15-а; 16-г;17-а; 18-б;19-в;20-а;21-в

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполните диагностические таблицы

Психопатологические синдромы в остром периоде ЧМТ	Психические расстройства в отдаленном периоде ЧМТ

Диагностический критерий	Сосудистые заболевания головного мозга	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика
Этиопатогенез			
Психопатологическая картина начального периода			
Период разгара болезни			
Какой тип органической деменции развивается			
Диагностика			
Терапия			

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022

6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.9: Психогенные расстройства

Цель: способствовать формированию знаний по частной психиатрии (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР), а также формированию умений по оказанию психиатрической помощи при различных психогенных расстройствах

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
2. Изучить методы диагностики и терапии психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР) у пациентов, оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с психогенными расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- методы диагностики психогенных расстройств психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР), особенности общесоматического и неврологического исследований,
- терапию психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- проводить дифференциальную диагностику психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- назначать терапию психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- проводить профилактику психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов при психогенных реакциях, реактивных психозах, расстройствах адаптации, ПТСР
- навыками выявления психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- навыками терапии психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)
- навыками проведения профилактики психогенных расстройств (психогенные реакции, реактивные психозы, расстройства адаптации, ПТСР)

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Психогенные расстройства, классификация.
2. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковых реакции), виды, методы купирования
3. Реактивные истерические психозы, виды, клиника, дифференциальная диагностика, терапия
4. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, клиника, варианты
5. Терапия посттравматического стрессового расстройства в зависимости от клинического варианта
6. Классификация реактивных психозов, этиология. Клиника реактивной депрессии
7. Клиника реактивного параноида
8. Дифференциальный диагноз реактивного параноида
9. Расстройств адаптации, этиология, клиника, виды, терапия.
10. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз с эндогенной депрессией.
11. Терапия реактивных психозов (расстройств реакции адаптации).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов психогенных расстройств
- навыки раннего выявления психических расстройств при расстройствах адаптации, ПТСР, невротических расстройствах
- навыки назначения терапии психических расстройств при психогенных расстройствах
- навыки психопрофилактики и профилактики обострения при психогенных расстройствах
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Определить ведущие симптомы, синдромы, поставить предварительный диагноз, ознакомиться с имеющимися данными лабораторно-инструментальных обследований, назначить дополнительные в случае необходимости, выработать тактику терапии, назначить медикаментозное лечение, разработать методы психотерапии, реабилитации, психопрофилактики.

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. 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
2. Полная обездвиженность в позе "кучера" с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение – это:
   а) депрессивный ступор
   б) псевдодеменция
   в) пуэрилизм
   г) реактивный параноид
3. Пациент ранее никаких отклонений у себя не отмечал. Последние недели после смерти близкого родственника постоянно ловит себя на мысли, что может заразиться туберкулезом, дизентерией и другими инфекциями. Стал очень часто мыть руки (30-40 раз в день), протирать дверные ручки, мебель. В беседе адекватен, подчеркивает, что понимает нелепость своего поведения, но не может освободиться от мысли, что на руках случайно оказалась опасная инфекция. Определите синдром:

а) параноидный
б) обсессивно-компульсивный
в) парано яльный
г) астенический

4. Психогенную боль считают проявлением
а) мании
б) невротических расстройств
в) эпилепсии
г) органической деменции

5. К психогенным расстройствам не относятся
а) соматоформные расстройства
б) невротические расстройства (неврозы)
в) аффективные расстройства
г) реактивные психозы

Ответы на тестовые задания: 1-а, 2-а, 3-б, 4-б, 5-в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- определите методы дополнительного исследования
- назначьте терапию, методы психотерапии

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная С., 45 лет. Жалобы при поступлении на постоянно повторяющиеся картины ДТП (видит аварию, кровь на теле мужа, переживает чувство ужаса, растерянности), это сопровождается учащением сердцебиения, повышением АД, потливостью, ознобом. Настроение снижено, не может сосредоточиться, плохо спит, видит кошмарные сновидения, просыпается с криком в стархе, кажется, что опять она нахидится в ситуации ДТП, боится оставаться одна, не справляется с работой в школе.

Анамнез болезни. Данные жалобы впервые появились после ситуации, когда муж совершил ДТП, находясь в нетрезвом состоянии, 1,5 месяца назад. У мужа была ЧМТ средней степени тяжести. Сама пациентка получила ушибы мягких тканей в стационаре не лечилась.

Анамнез жизни. Родилась в рабочей семье. 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 злоупотребляет 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 ДТП на глазах появляются слезы. Внешне напряжена. Обеспокоена своим состоянием, считает, что это никогда не пройдет. Мышление последовательное. Память, мышление не нарушены. Активной психопатологической продукции 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. Пальценосовая проба удовлетворительная. Грубых нарушений чувствительности нет.

Решение

1. Ведущие симптомы и синдромы: флэш-бек симптомы (постоянно повторяющиеся картины ДТП (видит аварию, кровь на теле мужа, переживает чувство ужаса, растерянности), это сопровождается вегето-висцеральной симптоматикой (учащением сердцебиения, повышением АД, потливостью, ознобом); тревожно-депрессивный синдром (настроение снижено, не может сосредоточиться, плохо спит, видит кошмарные сновидения, просыпается с криком в стархе, кажется, что опять она находится в ситуации ДТП, боится оставаться одна), не справляется с работой в школе.
2. так как начало заболевания связано с психотравмирующей ситуацией и характеризуется флэшбек симптомыами, тревожно-депрессивным синдромом, выраженными до степени социальной дезадаптации и длительность данного состояния более 1 месяца, то диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство, тревожный вариант
3. Необходимо провести лабораторные исследования (общие анализы мочи, крови, копрограмму, ЭЭГ, ЭКГ, определить содержание гормонов щитовидной железы и общий гормональный фон; провести МРГ головного мозга и надпочечников.
4. терапия: антидепрессанты с седативным эффектом (флувоксамин, миртазапин, или миансерин, при неэффективности возможно применение амитриптиллина). Одновременно коротким курсом (до 2 недель) можно назначить феназепам или сибазон. Психотерапи – НЛП (метод диссоциации), приемы психодрамы или суггестии.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациент К., 50 лет, директор крупного предприятия после проверки прокуратуры стал испытывать страх, снизилось настроение, перестал спать, ждал, когда за ним придут органы милиции. Совершил суицидальную попытку.

Задача 2

Пациентка А., 24 года, бухгалтер. Находится на стационарном лечении в психиатрическом отделении. Большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека вся съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно тараща глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья у пациентки выяснить не удается. В присутствии врача особенно отчетливо выступают такие черты в поведении, как подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медицинским персоналом пациентка груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым пациентка поссорилась накануне госпитализации, она молчит, смотрит с выражением обиды, спросила у него о здоровье детей.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Осмотр больных с психогенными 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 с последующим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Психогенные расстройства, классификация.
2. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковых реакции), виды, методы купирования

3. Реактивные истерические психозы, виды, клиника, дифференциальная диагностика, терапия
4. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, клиника, варианты
5. Терапия посттравматического стрессового расстройства в зависимости от клинического варианта
6. Классификация реактивных психозов, этиология. Клиника реактивной депрессии
7. Клиника реактивного параноида
8. Дифференциальный диагноз реактивного параноида
9. Расстройств адаптации, этиология, клиника, виды, терапия.
10. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз с эндогенной депрессией.
11. Терапия реактивных психозов (расстройств реакции адаптации)
12. Психопрофилактика психогенных расстройств

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для психогенных расстройств не характерно:
   а) возникают непосредственно после действия стресса
   б) проявляются симптомами, которые логично связаны со стрессовой ситуацией
   в) имеют хроническое прогредиентное течение
   г) заканчиваются выздоровлением после разрешения стрессовой ситуации
2. Реактивные состояния проявляются
   а) истерическими психозами и аффективно-шоковыми реакциями
   б) шизоаффективным расстройством
   в) биполярным-аффективным расстройством
   г) корсаковским синдромом
3. Посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется
   а) псевдогаллюцинациями
   б) бредовыми идеями
   в) флэш-бэк» симптомами
   г) гипоманией
4. Истерические психозы не проявляются
   а) сумеречным расстройством
   б) психическими автоматизмами
   в) пуэрилизмом
   г) псевдодеменцией
5. Появление детского поведения на фоне тяжелого психотравмирующего события характерно для
   а) аффективно-шоковых реакций
   б) реактивного параноида
   в) истерического пуэрилизма
   г) реактивной депрессии
6. Для реактивной депрессии характерно
   а) цикличность
   б) переживания, связанные с перенесенной психотравмой
   в) суточные колебания настроения
   г) психотическая симптоматика
7. Для клиники реактивного параноида характерны
   а) систематизация бреда
   б) психические автоматизмы
   в) невротические реакции (страх, тревога, нарушения сна и др.)
   г) амбивалентность
8. Ситуации, связанные с внезапно возникшей угрозой для жизни, являются причиной развития
   а) ипохондрического расстройства
   б) аффективно-шоковой реакции
   в) индуцированного бредового расстройства

г) истерических припадков

9. Лечение психогенных реакций и психозов не включает
   а) психотерапию
   б) шоковые методы терапии
   в) психофармакотерапию
   г) психологическую коррекцию
10. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах не включает
   а) необходимость удержания пациента, прибегая к иммобилизации
   б) внутримышечное введение нейролептиков
   в) применение транквилизаторов и антидепрессантов
   г) психотерапевтические мероприятия

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Психогенные расстройства».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

Тема 5.10: Невротические расстройства

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

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию невротических расстройств
2. Изучить методы диагностики и терапии невротических расстройств, оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с невротическими расстройствами, особенностям общесоматического и неврологического исследований, назначению терапии и проведению психопрофилактики

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

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

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов при невротических расстройствах
- навыками выявления невротических расстройств
- навыками терапии невротических расстройств
- навыками проведения профилактики психогенных расстройств невротических расстройств

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
2. Классификация невротических расстройств.
3. Клиническая картина и внутриличностный конфликт при неврастении.
4. Клинические проявления и внутриличностный конфликт при обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройствах
5. Панические атаки, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
6. Клиника и внутриличностный конфликт при диссоциативных расстройствах.
7. Соматоформные расстройства, этиопатогенез, классификация, клиника.
8. Соматоформные расстройства, дифференциальная диагностика,
9. Соматоформные расстройства особенности терапии, психотерапия.
10. Сомато-неврологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная дагностика.
11. Клиника невротического развития личности, особенности терапии.
12. Терапия невротических расстройств (медикаментозное лечение и психотерапия).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов и симптомов невротических расстройств
- навыки раннего выявления невротических расстройств
- навыки назначения терапии невротических расстройств
- навыки психопрофилактики при невротических расстройствах
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Определить ведущие симптомы, синдромы, поставить предварительный диагноз, ознакомиться с имеющимися данными лабораторно-инструментальных обследований, назначить дополнительные в случае необходимости, выработать тактику терапии, назначить медикаментозное лечение, разработать методы психотерапии, реабилитации, психопрофилактики

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. 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

2. 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
3. Неблагоприятным исходом невротических расстройств является
   а) сочетание невротических симптомов
   б) патохарактерологическое развитие
   в) невротическое развитие личности
   г) присоединение соматовегетативной симптоматики
4. Для соматоформных желудочно-кишечных расстройств характерно наличие
   а) психогенно обусловленных «перистальтических бурь»
   б) ощущения насмешек со стороны окружающих в связи с неправильной работой кишечника
   в) патологических изменений в копрограмме
   г) бредовой убежденности в тяжелом заболевании кишечника
5. Для соматоформного нарушения сердечного ритма характерно
   а) возникновения пароксизмальной тахикардии по утрам
   б) субъективное ощущение ударов сердца о грудную клетку без истинной тахикардии при эмоциональном напряжении
   в) учащение сердцебиения после физической нагрузки в сочетании с головокружением
   г) возникновение экстрасистолической аритмии с ощущением «замирания», перебоев в сердце

Ответы на тестовые задания: 1-а, 2-а, 3-в, 4-а, 5-б.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- определите методы дополнительного исследования
- назначьте терапию, методы психотерапии

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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. Жа-

луется 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.

Решение

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

Диагноз: неврастения, гипостеническая фаза.

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 психотерапии 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.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Задача 2

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха,

«положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности, и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение пограничных состояний.

Задача 3

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, являлся авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени - навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Осмотр больных с 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 с последующим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.

2. Классификация невротических расстройств.
3. Клиническая картина и внутриличностный конфликт при неврастении.
4. Клинические проявления и внутриличностный конфликт при обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройствах
5. Панические атаки, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
6. Клиника и внутриличностный конфликт при диссоциативных расстройствах.
7. Соматоформные расстройства, этиопатогенез, классификация, клиника.
8. Соматоформные расстройства, дифференциальная диагностика,
9. Соматоформные расстройства особенности терапии, психотерапия.
10. Сомато-неврологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная дагностика.
11. Клиника невротического развития личности, особенности терапии.
12. Терапия невротических расстройств (медикаментозное лечение и психотерапия).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для невротических расстройств характерно все, кроме:
   а) возникновения под влиянием психологической травмы
   б) сопровождения соматовегетативными нарушениями
   в) относительно благоприятно течения (с тенденцией к обратимости патологических нарушений)
   г) психотического уровня патологической реакции
2. Канцерофобия – это:
   а) боязнь заболеть раком, злокачественной опухолью
   б) боязнь насекомых; частный случай зоофобии
   в) боязнь телефона, ожидания телефонного звонка
   г) боязнь лечиться, принимать лекарства
3. Страх заразиться инфекционным заболеванием, гельминтами с навязчивым мытьем рук – это:
   а) мизофобия
   б) гипсофобия
   в) айхетофобия
   г) канцерофобия
4. Основными невротическими синдромами являются все перечисленные, кроме:
   а) фобического, обсессивного
   б) астенического, ипохондрического
   в) психоорганического синдрома
   г) синдрома нервной анорексии
5. Для лечения невротических расстройств не используют:
   а) медикаментозное лечение,
   б) психотерапию
   в) физиотерапию
   г) электросудорожную терапию
6. Патогенетическим методом лечения невротических расстройств является:
   а) психотерапия
   б) применение антидепрессантов и транквилизаторов
   в) общеукрепляющая и дегидратационная терапия
   г) применение ноотропов и витаминов группы В
7. Страх сойти с ума – это:
   а) мизофобия
   б) гипсофобия
   в) лиссофобия
   г) канцерофобия
8. Для невротических расстройств характерно (2 варианта):
   а) возникновение под влиянием психологической травмы
   б) формирование необратимого дефекта

в) относительно благоприятное течение (с тенденцией к обратимости патологических нарушений)
г) психотического уровня патологической реакции

9. Гипсофобия – это:
а) боязнь заболеть раком, злокачественной опухолью
б) страх высоты
в) боязнь телефона, ожидания телефонного звонка
г) боязнь лечиться, принимать лекарства

10. К невротическим синдромам относятся (2 варианта)
а) фобический
б) астенический
в) психоорганический
г) параноидный

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Невротические расстройства».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
2. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
3. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
4. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

Тема 5.11: Расстройства личности

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

Задачи:

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

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления

2) После изучения темы:
- клинику расстройств личности
- методы диагностики расстройств личности,
- терапию и психопрофилактику расстройств личности

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. 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 Личко А.Е. Влияние акцентуации характера на течение соматических заболеваний.
6. Диагностика акцентуаций характера по методикам ПДО и MMPI.
7. Понятие о расстройствах личности.
8. Расстройства личности. Этиопатогенез. Критерии диагностики расстройств личности по Ганнушкину-Кербикову.
9. Классификация расстройств личности по МКБ-10,
10. Клиника, дифференциальная диагностика, терапия расстройств личности.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыков выявления основных психопатологических синдромов
- навыков диагностики расстройств личности
- навыков назначения терапии при расстройствах личности
- навыков проведения профилактики расстройств личности
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Осмотр больных с расстройствами личности, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации. Изучение теста Айзенка и его проведение для выявления типа темперамента у пациентов.

3. Решить тестовые задания:

1. Для личностных расстройств не характерно:
   а) стойкие аномалии личности
   б) дисгармония эмоционально-волевой сферы
   в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
   г) снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов
2. Психастеническое расстройство личности представляет благоприятную почву:
   а) для возникновения навязчивых образований
   б) для переживаний типа тревожной мнительности
   в) для футуристической направленности тревожной мнительности

г) для возникновения обманов восприятия в виде вербальных псевдогаллюцинаций

3. Диссоциативное (истерическое) расстройство личности 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
4. Главными особенностями шизоидного расстройства личности являются:
   а) аутизм
   б) сочетание противоречивых черт в личности и поведении
   в) своеобразие увлечений и интересов
   г) стремление удивить окружающих, привлечь их внимание
5. Особенностями параноидного расстройства личности являются:
   а) неуверенность
   б) склонность к сомнениям
   в) стремление быть всегда в центре внимания
   г) застревание на одних и тех же мыслях и аффектах

Ответы на тестовые задания: 1-г, 2-а, 3-в, 4-г, 5-г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- проанализируйте особенности возникновения заболевания
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

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 частные конфликты, драки. Развод объясняла тем, что ей изменяли, оскорбляли, били.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирована в полном объеме. Контакту доступна. 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.

Решение

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 неврозоподобные 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. Диагноз: истерическое расстройство личности

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, неулептил, хлорпротиксен). Необходимо проведение сначала индивидуальной психотерапии, направленной на обучение навыкам по снижению возбудимости (аутогенная тренировка, поведенческая терапия), в дальнейшем – семейная и групповая психотерапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

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. С интересом занимается астрономией, имеет по ней глубокие знания.

Задача 2

Больной Р., 42 года. Младший ребенок в семье, имеющей 2-х детей. Беременность протекала с токсикозом, родился недоношенным. В раннем детстве наблюдался у невролога с перинатальным поражением центральной нервной системы. В школу пошел своевременно, учился хорошо. Отмечалось упрямство, эгоистичность, обидчивость. В подростковом возрасте стал нетерпимым к мнению окружающих, конфликтным. После окончания школы поступил в институт. Во время учебы был крайне пунктуальным, педантичным, аккуратным. В то же время, с одногруппниками отношения не складывались из-за упрямства, обидчивости, пренебрежения чужим мнением. В возрасте 26 лет женился. Через некоторое время после свадьбы устроил скандал из-за опоздавшего на несколько минут обеда. В дальнейшем в семейной жизни делал домашним всевозможные замечания, требовал покорности и подчинения себе. На работе был подчеркнуто вежлив с начальством. По отношению к подчиненным был подозрителен, мелочно придирчив, мог накричать по ничтожному поводу, иногда с бурными вспышками неудержимого гнева. Стал злоупотреблять алкоголем, в состоянии алкогольного опьянения окружающие замечали у него тоскливо-злобный оттенок настроения. Через 10 лет семейной жизни развелся с супругой. Из-за неуживчивого характера не мог сохранять мирные отношения с сослуживцами, с соседями.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован в полном объеме. Контакту доступен. В беседе подозрителен, недоверчив. Вопросы уточняет, переспрашивает. Мышление отвлеченное, несколько обстоятельное. Не считает свои особенности характера болезненными. Бреда, обманов восприятия нет. Настроение ровное. Память, интеллект в пределах нормы. В поведении спокоен.

Задача 3

Больной Р., 43 года. Примерно с 13-14 лет стад несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог справиться, пользовался камнями, палками, в связи с драками неоднократно

имели место приводы в милицию. В армии служил в нестроевых частях. Неоднократно были дисциплинарные взыскания за драки пререкания с командиром, невыполнение приказов. С 19 лет стал злоупотреблять алкоголем. В нетрезвом состоянии дебоширил, был агрессивным. Периодически возникали вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Подобные аффективные разряды возникали обычно после мелких конфликтов, незначительных ссор. Совершенно не терпел возражений. Каждое замечание вызывало у него гнев. За время трудовой деятельности из-за конфликтов с окружающими переменил десятки мест работы. Иногда его увольняли через 1-2 недели после зачисления на работу (за драку, за отказ выполнить поручение). Однажды на улице во время ссоры с женой больной вырвал у нее коляску с ребенком и стал неистово трясти ее. Был задержан полицией и направлен в больницу. Поставьте клинический диагноз.

Задача 4

Больной К., 18 лет.

Анамнез. С раннего детства был неуклюж, непрактичен, «не от мира сего», не умел за себя постоять. Большую часть времени проводил за чтением книг: выучившись читать в четыре года, он с тех пор любил только книги. Не по годам эрудированный, начитанный ребенок быстро заработал славу вундеркинда. Когда он пошел в школу, педагоги отметили, что мальчик необщительный, не тянется к сверстникам. Малоразговорчивый, малообщительный, был незаметен в классе, ничем не привлекая к себе внимания, за исключением богатой эрудиции, хорошей успеваемости, дисциплинированности. Из-за своей дисциплинированности назначался на ответственные общественные задания, но при этом являлся лишь формальным лидером. Не мог установить неформальные отношения с окружающими. В общении был холоден, неинтересен собеседникам. На школьных вечерах не присутствовал, время проводил дома за чтением книг или за рассматриванием старых почтовых марок, что и было его развлечением. С родителями также установились формальные отношения

Психическое состояние: сознание не помрачено. Ориентирован правильно. Контакт формальный. Бреда, обманов восприятия нет. В беседе держится замкнуто, отгорожено. Отмечает, что у него никогда не было близких друзей. Считает себя человеком чувствительным, мечтательным, однако, не находит понимания у окружающих. Не считает, что особенности его личности ему мешают. Производит впечатление эрудированного, начитанного человека. Строит реальные планы на будущее: окончить институт, создать семью. Мышление абстрактное. Память, интеллект в пределах нормы.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Обсуждение обзора научных статей ведущих психиатрических журналов по теме занятия.

Осмотр больных с расстройствами личности, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы с последующим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Понятие личности в медицинской психологии. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). 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 Личко А.Е. Влияние акцентуации характера на течение соматических заболеваний.

6. Диагностика акцентуаций характера по методикам ПДО и MMPI.
7. Понятие о расстройствах личности.
8. Расстройства личности. Этиопатогенез. Критерии диагностики расстройств личности по Ганнушкину-Кербикову.
9. Классификация расстройств личности по МКБ-10,
10. Клиника, дифференциальная диагностика терапия расстройств личности.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основными свойствами диссоциального расстройства личности являются:
   а) самодовольны, некритичны
   б) импульсивность, упрямство, лживость
   в) неспособность к систематическому труду
   г) стремления к оригинальности
2. Основными чертами эмоционально-неустойчивого расстройства личности 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
3. Чертами зависимого расстройства личности не являются:
   а) пассивность, подчиняемость
   б) внушаемость, безынициативность
   в) заниженная самооценка, чувство неполноценности
   г) мелочность, упрямство, консервативность
4. При воспитании по типу "кумир семьи" чаще формируется:
   а) повышенная аффективная возбудимость
   б) психастенические черты характера
   в) псевдошизоидные черты характера
   г) истерические черты характера
5. Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) – это:
   а) тест самооценки
   б) проективный тест
   в) тест интеллекта
   г) личностный тест
6. Акцентуация характера – это:
   а) значительная выраженность 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
7. В дифференциальной диагностике личностных расстройств и эндогенных заболеваний следует учитывать:
   а) наличие рудиментарных проявлений эндогенного психоза или признаков постпроцессуального дефекта личности
   б) выраженность невротических расстройств, не обусловленных психогенными воздействиями и не связанных с особенностями личности
   в) видоизменение навязчивостей в сторону все большего однообразия, монотонности
   г) все перечисленное
8. Основными чертами зависимого расстройства личности являются все перечисленные, исключая
   а) страх к неспособности к самостоятельной жизни
   б) стремление переложить ответственность за принятие важных решений на других людей

в) подчинение собственных потребностей потребностям других людей, от которых пациент зависит
г) страх быть покинутым значимыми лицами
д) повышенную требовательность к окружающим

9. Понятие о мозаичных 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 значительной степени, 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

Ответы на тесты: 1-б,в, 2-в, 3-г, 4-г, 5-г, 6-а, 7-г, 8-д, 9-г, 10-б

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Расстройства личности»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.12: Умственная отсталость. Задержка психического развития.

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

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию умственной отсталости, ЗПР.
2. Изучить методы диагностики и терапии у пациентов с умственной отсталостью и ЗПР, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.)
3. Обучить практическим методам обследования пациентов с умственной отсталостью и ЗПР, назначению терапии и проведению психопрофилактики

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику умственной отсталости, ЗПР
- методы диагностики умственной отсталости и ЗПР
- терапию пациентам с умственной отсталостью, ЗПР

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы умственной отсталости, ЗПР
- проводить дифференциальную диагностику умственной отсталости, ЗПР
- назначать терапию пациентам с умственной отсталостью и ЗПР
- проводить профилактику умственной отсталости, ЗПР

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных синдромов при умственной отсталости, ЗПР
- навыками выявления умственной отсталости, ЗПР
- навыками назначения терапии пациентам с умственной отсталостью и ЗПР
- навыками проведения профилактики умственной отсталости и ЗПР

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы 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 интеллектуальной недостаточности.
7. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при умственной отсталости.
8. Задержка психического развития (ЗПР), этиопатогенез, классификация.
9. Клиника церебрально-органической, конституциональной, соматогенной и депривационной ЗПР.
10. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при ЗПР.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыков выявления основных психопатологических синдромов
- навыков диагностики умственной отсталости и ЗПР
- навыков назначения терапии при умственной отсталости и ЗПР
- навыков проведения профилактики умственной отсталости и ЗПР
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения, проведения психометрических методик (тест Равена, субтесты по Векслеру). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. К умственной отсталости относят
   а) приобретенное снижение интеллекта с полным распадом психической деятельности

б) врожденное снижение интеллекта с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта
в) приобретенное после трех лет жизни снижение интеллекта с преимущественным поражением интеллектуальной сферы
г) рано приобретенное (до трех лет) снижение интеллекта с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта

2. К этиологическим факторам умственной отсталости относятся
а) наследственные факторы
б) алкогольная зависимость у матери
в) черепно-мозговые травмы, полученные после 3 лет
г) внутриутробные факторы

3. Характерными клиническими проявлениями умственной отсталости являются
а) наличие абстрактно-логического мышления
б) недостаточная память как при воспроизведении, так и при запоминании
в) медленное начало заболевания с неуклонным прогредиентным характером течения
г) слабость целенаправленного внимания

4. Для речи больных с умственной отсталостью характерны
а) маловыразительность, односложность
б) употребление «неологизмов»
в) грамотное построение сложных фраз, отсутствие аграмматизмов
г) неправильное смысловое употребление слов

5. Для больных с умственной отсталостью характерны
а) высокая дифференцированность эмоций
б) медлительность, неловкость движений
в) развитие прогредиентного атрофического процесса
г) эмоционально-волевая незрелость

Ответы на тестовые задания: 1- б, г; 2- а, б, г; 3- б, г; 4- а, г; 5- б, г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте дополнительные методы обследования и терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Андрей Н., 8 лет. Жалобы родителей при обращении на неусидчивость, отвлекаемость, с трудом справляется со школьной программой: по математике за вторую четверть – «2» (учится во втором классе общеобразовательной школы). При изменении погоды периодически жалуется на головные боли.

Из анамнеза: Мальчик от 2-й беременности на фоне ОРВИ в сроке 7 месяцев. Роды 2-е срочные, затяжные, со стимуляцией с тугим обвитием пуповины. Закричал после похлопывания. К груди приложен на 2-й день.

На первом году жизни был беспокойным, плохо спал, часто срыгивал до 6 месяцев. Сидеть начал с 6 месяцев, ходить с 1года 1 месяца. Первые слова появились в 1год 6мес., фразовая речь - с 2,5 лет.

В детский сад пошел с 3-х лет. Период адаптации протекал удовлетворительно. На занятиях часто отвлекался, иногда мог встать во время занятия, с трудом подчинялся словесной коррекции. С предлагаемыми заданиями справлялся не всегда. Хвалили за выполнение заданий редко. Предпочитал занятиям подвижные игры.

Наследственность: отец учился в школе посредственно, окончил 9 классов, потом обучался в училище. Мать училась на 3-4, окончила 11 классов, имеет среднее специальное образование. Старшая сестра учится в 5 классе, с программой справляется на «3-4».

В школу пошел без желания. Домашние задания выполняет очень долго, постоянно отвлекается. Преобладают игровые интересы.

Психический статус: Сознание ясное. В контакт вступает легко, но часто отвлекается. Чувство дистанции снижено. Объем общих знаний ниже возрастного. Не может назвать дату своего рождения, трудно ориентируется в днях недели, соотношении месяцев с временами года, называет отдельные города, страны путает. Доступны простые обобщения, исключает четвертый лишний, но не всегда объясняет почему. Различия понятий назвал по существенным признакам. Разложил серию сюжетных картинок правильно, но составленный по ним рассказ беден. Понял скрытый смысл рассказа. Объяснил простые метафоры. Кубики Кооса складывает достаточно быстро, но допускает ошибки, которые исправляет после замечаний. Задание «почтовый ящик» выполнил легко. Кратковременная память несколько снижена. В корректурной пробе отмечается значительное количество ошибок. Мышление с элементами логического. Интеллект невысок.

Неврологически: без очаговой симптоматики.

Соматически здоров.

Решение

Диагноз: Задержка психического развития (с трудом справляется со школьной программой, чувство дистанции снижено, объем общих знаний ниже возрастного, мышление с элементами логического, невербальный интеллект выше вербального, отставал в развитии с рождения) смешанного генеза (церебрально-органическая и конституциональная, т.к. отец учился слабо, от 2-й беременности на фоне ОРВИ в сроке 7 месяцев, роды затяжные, со стимуляцией с тугим обвитием пуповины). Гипердинамический синдром (неусидчивость, отвлекаемость, в д/саду и школе на занятиях часто отвлекался, иногда мог встать во время занятия, с трудом подчинялся словесной коррекции, во время осмотра часто отвлекается, допускает много ошибок в корректурной пробе).

Для уточнения диагноза необходимо экспериментально-психологическое обследование и проведение теста Векслера.

Терапия: ноотропы (пантогам, пикамилон, глиатилин), сосудистые препараты (пентоксифиллин, циннаризин, винпоцетин и т.д.) - курсами 3 раза в год по 2 месяца.

Седативные препараты (ново-пассит, сонапакс – при необходимости) – до 1 месяца.

Рекомендованы коррекционные занятия с клиническим психологом по развитию познавательных процессов (память, внимание, логическое мышление) и формированию эмоционально-волевых процессов.

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 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 поддаётся 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 поддаётся 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.

Задача 2

Пациентка Н., 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.

Задача 3

Больному 19 лет. Отец умер от соматического заболевания, страдал хроническим алкоголизмом, пил запоями. Мать жива, здорова, по характеру спокойная, добродушная. Родился в срок. По словам матери, в раннем детстве больной был вялым, сонливым. Только к трем годам начал ходить и говорить. Болел корью, скарлатиной, до 17 лет страдал ночным энурезом. В школу пошел с 7 лет. Два года учился в первом классе, но не смог усвоить программу. Был переведен во вспомогательную школу, с трудом окончил 6 классов. Работал на стройке разнорабочим, иногда помогал в домашнем хозяйстве. Профессии приобрести не мог, последнее время работал учеником слесаря, со своими обязанностями справляется с трудом, выполняет только подсобную работу. Со сверстниками не ладит, обижает слабых, не может постоять за себя, в то же время легко попадает под чужое влияние. Не может назвать текущего года, путает месяц, вообще не знает, сколько в году месяцев, путает их названия. Не может сказать, сколько дней в неделе, устный счет производит с ошибками: 2+3 в ответе 6, 6+8 в ответе 8, 8+2 в ответе 7. Читает по слогам, медленно. Многосложные слова произносит неправильно. Пишет только печатными буквами. После того, как врач дважды прочитал ему басню «Лиса и журавль», не смог передать ее содержания, не понял смысла, не может перечислить сторон света, из городов знает только Москву и Петербург, но столицу России назвать не может. Интереса к чему-либо не проявляет, бродит без дела по отделению, много смеется, иногда листает журнал, рассматривает картинки. В ответ на просьбу рассказать, что на них изображено, перечисляет отдельные предметы и персонажи: «девочка, стул, яблоко, тетя, дядя». В неврологическом состоянии – сходящееся косоглазие, сглаженность левой носогубной складки. В соматическом состоянии отклонений не выявлено.

Задача 4

Больной Ш., 6 лет. Первый ребенок в семье. Вскоре после рождения ребенка у него стали отмечаться отклонения от нормального развития. Он был вялым, сонливым, плохо сосал грудь. Поздно стал фиксировать взор, не тянулся к игрушкам. Головку стал держать с 8 месяцев, ходить - с 2 лет. Первые слова начал произносить с 2,5 лет, фразовая речь так и не развилась. Не проявлял интереса к книжкам, к игрушкам, ломал их и бросал. С того времени, как ребенок стал ходить, обнаружилась его чрезмерная подвижность. Не мог ничем заниматься более 2-3 минут, все время был в движении, хватал все попадающиеся под руку вещи. При обследовании ребенка была поставлена проба Фелинга с помощью 10% раствора $FeCl_3$, которая оказалась резко положительной. Мальчик по физическому развитию не отстает от своих сверстников. Отмечается плоскостопие. Волосы очень светлые, глаза светло-голубые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В неврологическом статусе отмечается повышение сухожильных рефлексов, тремор пальцев рук. В остальном ─ без особенностей. Клинический анализ крови в норме, реакция Вассермана отрицательная. Психическое состояние. Мальчик, войдя в кабинет врача, не поздоровался, и не обратил никакого внимания на присутствующих. Немедленно схватил первую попавшуюся вещь и бросил ее. Все время находится в движении, но при этом поведение хаотичное: встает, садится, подбегает к столу, но при этом, ни к чему не проявляет устойчивого интереса. На замечания и окрики отца не обращает никакого внимания. Вступить в разговор с мальчиком очень трудно, так как с большим трудом удается привлечь его внимание.

5. Задания для групповой работы:

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе. Присутствие во время проведения клиническим психологом обследование пациента по тесту Векслера, с дальнейшим групповым обсуждением.
Клинический разбор пациентов по теме занятия. Выявить у пациента симптомы снижения интеллекта в ходе беседы, наблюдения, проведения психометрических методик (тест Равена, субтесты по Векслеру), использования методик для исследования мышления (тесты на обощение, исключение 4-лишнего, сравнения понятий, объяснения пословиц и метафор, ассоциативный эксперимент, последовательные картинки, сложить разрезные картинки, составить рассказ по картинкам Бидструпа). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Понятие 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 интеллектуальной недостаточности.
7. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при умственной отсталости.
8. Задержка психического развития (ЗПР), этиопатогенез, классификация.
9. Клиника церебрально-органической, конституциональной, соматогенной и депривационной ЗПР.
10. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при ЗПР.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для больных с глубокой умственной отсталостью характерны
   а) IQ менее 20
   б) владение навыками самообслуживания, мышление с компонентами образного
   в) полное отсутствие речи и мышления
   г) поведение обусловлено инстинктами
2. Для больных с тяжелой умственной отсталостью характерны
   а) IQ 20-34
   б) проявление эмоций и простейших чувств
   в) конкретно-образное мышление
   г) бедность лексикона
3. Для больных с умеренной умственной отсталостью характерны
   а) способность к построению простых фраз с аграмматизмами
   б) IQ 35-49
   в) способность к трудовому обучению
   г) удовлетворительные навыки самообслуживания
4. Для больных с легкой умственной отсталостью характерны
   а) способность к обучению в общеобразовательных школах
   б) IQ 50-69
   в) мышление конкретно-образное
   г) эмоционально-волевая неустойчивость, повышенная внушаемость
5. Умственная отсталость наблюдается при следующих заболеваниях
   а) врожденный гипотиреоз

б) сахарный диабет
в) фенилкетонурия
г) болезнь Дауна

6. Характерные клинические проявления умственной отсталости
а) слабость абстрактного мышления
б) наличие сверхценных идей
в) конфабуляции
г) эмоционально-волевая неустойчивость

7. Отличительные черты мышления при умственной отсталости
а) разорванность
б) некритичность
в) паралогичность
г) конкретность

8. В наибольшей степени при умственной отсталости нарушены
а) долговременная память и восприятие
б) способность к пониманию и познанию
в) сознание и ориентация в окружающем
г) эмоции и двигательные акты

9. К наследственным формам умственной отсталости относятся
а) Синдром Мартина-Белла
б) болезнь Пика
в) Синдром Морфана
г) болезнь Дауна

10. Для задержки психического развития характерны (3 варианта)
а) логическое мышление более сохранно по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью
б) прогредиентность 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 уровне, близком к нормальному

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Умственная отсталость, ЗПР»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполните диагностическую таблицу

Степень умственной отсталости	Клинические критерии диагностики	Реабилитационные мероприятия
Легкая		
Умеренная		
Тяжелая		
Глубокая		

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021

2. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
3. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
4. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
5. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Тема 5.13: Алкогольная зависимость

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

Задачи:

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

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику алкогольной зависимости
- методы диагностики алкогольной зависимости,
- терапию и психопрофилактику алкогольной зависимости

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов у пациентов с алкогольной зависимостью
- навыками выявления алкогольной зависимости
- навыками назначения терапии алкогольной зависимости
- навыками проведения профилактики алкогольной зависимости

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы 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. Синдром измененного опьянения.
7. Алкогольный абстинентный синдром.
8. Первичное патологическое влечение к алкоголю.
9. Течение заболевания с различной прогредиентностью алкогольной зависимости, факторы, влияющие на степень прогредиентности

10. Комбинации алкоголизма с психическими заболеваниями
11. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
12. Алкогольные энцефалопатии (Гайе-Вернике, Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич), клиника, диагностика
13. Дифференциальный диагноз алкогольных психозов
14. Терапия алкогольной зависимости
15. Терапия алкогольных психозов
16. Особенности алкогольной зависимости у подростков и женщин.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыков выявления основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с алкогольной зависимостью
- навыков диагностики алкогольной зависимости
- навыков назначения терапии при алкогольной зависимости
- навыков проведения профилактики алкогольной зависимости
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Осмотр больных с алкогольной зависимости, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме:
   а) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
   б) утраты защитного рвотного рефлекса
   в) роста толерантности в 2-4 раза
   г) затрудненного засыпания
   д) снижения количественного контроля
2. Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии, как правило:
   а) ситуационно обусловлено
   б) возникает спонтанно с борьбой мотивов
   в) возникает спонтанно без борьбы мотивов
   г) носит неодолимый характер
3. Для II стадии алкоголизма характерно все перечисленное, исключая:
   а) спонтанно возникающее влечение к алкоголю
   б) абстинентный синдром
   в) псевдозапои
   г) тотальные амнезии состояния опьянения
   д) палимпсесты
4. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме:
   а) цикличности возникновения
   б) спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
   в) интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
   г) появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя
   д) время появления - II стадия болезни
5. Для I стадии алкоголизма характерно:
   а) психологическая зависимость
   б) физическая зависимость
   в) дипсомания

г) «плато толерантности»

д) шизофрения в анамнезе

Ответы на тестовые задания: 1-г, 2-а, 3-г, 4-д, 5-а

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной А., 52 года. Алкоголь употребляет с 16-17 лет. Был женат, разведен, от брака имеет 2 детей. В последнее время не работает, так как на работе не удерживается. Неоднократно госпитализировался в связи с алкогольными психозами. Пьет запоями, сформирован абстинентный синдром. Употребляет крепкие спиртные напитки, бытовые спиртосодержащие жидкости. В последнее время отмечает падение толерантности к алкоголю до 0,5 литра водки в сутки, из-за чего пьет почти ежедневно дробными порциями. По утрам опохмеляется. Проживает один, пищу не готовит, в квартире не прибирается, комната заставлена пустыми бутылками, обстановки в квартире почти нет.

При соматическом осмотре край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см.

Неврологически: гипомимия и асимметрия лица. Рефлексы с нижних конечностей повышены. Грубо нарушено равновесие: падает в позе Ромберга и при ходьбе по средней линии.

Психическое состояние: сознание не помрачено. Знает, что находится в больнице, не знает в какой. Неправильно называет текущую дату, месяц, год. Не знает, сколько времени он находится в больнице. Не может запомнить фамилию, имя, отчество лечащего врача. В разговоре употребляет алкогольный сленг, называет невероятно высокие для себя суммы заработков, пенсии, предлагает медсестре выйти за него замуж. Находится в благодушном настроении, вместе с тем легко впадает в гневливость. Память, интеллект значительно снижены. Круг интересов резко сужен, обстановкой не тяготится, бездеятелен, часами сидит на скамейке. Внешне неряшлив, неопрятен.

Решение:

Диагноз: алкогольная зависимость третьей стадии. На это указывает систематическое употребление спиртных напитков и бытовых спиртосодержащих жидкостей с формированием психической и физической зависимости, абстинентный синдром, особенности синдрома измененной реактивности на алкоголь с падением толерантности, употребление алкоголя дробными порциями, явления Корсаковского синдрома, псевдопаралитический синдром (мегаломанические высказывания), резкое сужение круга интересов, снижение памяти, интеллекта, явления эмоциональной лабильности, сопутствующие соматические и неврологические осложнения алкоголизма.

Терапия должна проводиться начинаться в стационарных условиях с дальнейшим переводом в реабилитационное отделение. Для улучшения когнитивных способностей необходимо назначение ноотропных (пирацетам) и сосудистых препаратов (винпоцетин), витаминов группы в дозировках в 2-3 раза, превышающих среднесуточные. Для снижения влечения к алкоголю можно рекомендовать антидепрессанты (флувоксанмин)

Обязательно реабилитационная работа с акцентом на восстановление социальных навыков.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Много лет злоупотребляет алкоголем, лечился по поводу алкогольного психоза. Последний «запой» длился недолго, когда прекратил пить, возникла бессонница, сопровождавшаяся безотчетным страхом. Вскоре начал слышать угрожающие голоса, появились «видения»: на него прыгали тигры, леопарды, видел черных страшных людей.

Психическое состояние. Во времени ориентирован неточно, сообщил о том, что в день поступления в больницу видел в отделении клокочущий вулкан, из кратера которого вырывалось пламя, вдруг все провалилось, образовалась огромная пропасть, в которую падали дома, мосты, сам упал в эту

пропасть, вокруг лежали мертвые люди. Уверен, что все происшедшее с ним, было в действительности.

Задача 2

Алкоголь употребляет с 17 лет, когда после получки (работал слесарем) вместе со своими рабочими стал выпивать. После приема 100 грамм сильно пьянел, иногда рвало, долгое время испытывал отвращение к спиртному. С 20 лет стал выпивать более часто, так как приходилось спать на открытом воздухе, «так что без выпивки замерзнешь». Выпивал почти каждый день по 150-200 г водки. Пил чаще всего в компании. Знал свою дозу: «стакан выпью – и на этом все…». Постепенно стал замечать, что может выпить значительно больше стакана. Рвота при передозировке исчезла. Стало тянуть к опьянению. Малейшая неприятность разрешалась приемом спиртного. Но даже в совершенно спокойном состоянии постоянно думал о водке, хотя и пытался отгонять эти мысли.

С 30 лет стал опохмеляться и пить запоями. Отмечал непреодолимое влечение к приему спиртного. Утром, после предшествующей накануне выпивки, испытывал слабость, дрожание в руках, головные боли, подавленное и тревожное настроение. Опохмелившись утром, через 2 часа пил снова, и так до вечера. За день мог выпить до 1,5 литров водки. В состоянии опьянения был раздражителен, груб, конфликтен. Часто менял место работы, так как запивал и пил обычно 2-3 месяца. Неоднократно лечился по поводу алкогольных психозов.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Осмотр больных с алкогольной зависимостью, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы с последующим обсуждением в группе.

Обзор научной литературы по теме «Алкогольные психозы, клиника, диагностика, терапия»

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. 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. Синдром измененного опьянения.
7. Алкогольный абстинентный синдром.
8. Первичное патологическое влечение к алкоголю.
9. Течение заболевания с различной прогредиентностью алкогольной зависимости, факторы, влияющие на степень прогредиентности
10. Комбинации алкоголизма с психическими заболеваниями
11. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
12. Алкогольные энцефалопатии (Гайе-Вернике, Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич), клиника, диагностика
13. Дифференциальный диагноз алкогольных психозов
14. Терапия алкогольной зависимости
15. Терапия алкогольных психозов
16. Особенности алкогольной зависимости у подростков и женщин.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для псевдозапоев характерно все перечисленное, кроме

а) употребления алкоголя от 2-3 до 7-12 дней
б) связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами
в) сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя
г) сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени
д) отчетливого изменения психического и физического состояния больного за несколько дней до псевдозапоя

2. Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя проявляется по типу
а) псевдозапоев
б) постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
в) "перемежающегося" пьянства
г) истинных запоев
д) всего перечисленного, кроме г

3. К начальным признакам морально-этического снижения личности относятся все указанные проявления, кроме
а) цинизма
б) поверхностности и необязательности во взаимоотношениях
в) черствости и грубости
г) забывчивости

4. Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая
а) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
б) утрату ситуационного контроля
в) снижение толерантности к алкоголю
г) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
д) псевдозапои

5. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме
а) цикличности возникновения
б) спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
в) интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
г) появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя

6. Алкогольный делирий возникает чаще всего
а) в первые дни после окончания многодневного злоупотребления алкоголем
б) на высоте абстинентного похмельного синдрома
в) в период завершения абстинентного синдрома
г) верно все перечисленное

7. Отличительными признаками профессионального делирия являются
а) скудность, немногочисленность зрительных галлюцинаций
б) интенсивное двигательное возбуждение
в) ложные узнавания
г) отсутствие амнезии после выхода из психоза
д) все перечисленные, кроме г

8. Для мусситирующего "бормочущего" делирия у больных алкоголизмом характерно все перечисленное, за исключением
а) отрешенности от действительности
б) возбуждения в пределах постели
в) хореиформных, атетозоподобных гиперкинезов
г) сохранения ориентировки в окружающем
д) симптома "обирания

9. Не характерным для бредовых нарушений в рамках "классического" алкогольного параноида является
а) бред преследования
б) бред ревности
в) бред отношения
г) бред физического уничтожения

10. Применением метода рациональной психотерапии у больных алкоголизмом можно
а) уменьшить проявление алкогольной анозогнозии
б) аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю
в) выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии
г) провести ценностную переориентацию
д) все перечисленное верно

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Алкогольные психозы, клиника, диагностика, терапия»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
2. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
3. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

Тема 5.14: Наркотическая зависимость

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

Задачи:

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

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику наркотической зависимости
- методы диагностики наркотической зависимости,
- терапию и психопрофилактику наркотической зависимости

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов у пациентов с наркотической зависимостью
- навыками выявления наркотической зависимости
- навыками назначения терапии наркотической зависимости
- навыками проведения профилактики наркотической зависимости

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Дайте определение наркомании и токсикомании. Назовите критерии отнесения вещества к наркотическим. Тенденции в заболеваемсти наркоманией в России и в мире
2. Классификация наркоманий.
3. Современные представления об этиопатогенезе наркотической зависимости.
4. Основные синдромы, характерные для наркотической зависимости.
5. Стадии наркотической зависимости, клиника, диагностика
6. Наркотический абстинентный синдром, особенности при употреблении различных видов наркотических веществ.
7. Клиника опийной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.
8. Клиника канабиноидной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.
9. Спайсы, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
10. Барбитуровые наркотические вещества, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
11. Психостимуляторы (кокаин, эфедрон, первитин), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
12. Психостимуляторы (амфетамины, соли), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
13. Галлюциногены, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
14. Комбинации наркотической зависимости с психическими заболеваниями, клиника, диагностика.
15. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
16. Терапия наркотической зависимости в зависимости от вида веществ.
17. Терапия острого наркотического опьянения в зависимости от вида веществ.
18. Особенности наркотической зависимости у подростков и женщин.
19. Диагностика наркоманий, иммунохроматографические тесты, химико-токсикологические диагностические исследования

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыков выявления основных психопатологических симптомов и синдромов у пациентов с наркотической зависимостью
- навыков диагностики наркотической зависимости
- навыков назначения терапии при наркотической зависимости
- навыков проведения профилактики наркотической зависимости
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Осмотр больных с наркотической зависимостью, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы.

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации.

3. Решить тестовые задания:

1. Патоморфоз наркоманий в основном обусловлен:

а) использованием новых синтетических средств
б) использованием средств растительного происхождения
в) омоложением состава наркотизирующихся
г) использованием новых путей введения наркотиков

2. Нарушение в какой нейромедиаторной системе определяет тяжесть абстинентного синдрома при наркоманиях?
а) серотонинергической
б) дофаминергической
в) глутаматергической
г) мелатонинергической
3. Для первой стадии наркомании и токсикомании характерно:
а) опьянения чередуются с состоянием трезвости разной длительности
б) наркотик выполняет роль тонизирующего организм средства
в) компульсивное, физическое влечение к опьянению
г) психическое влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации
4. К какой группе наркотических веществ относится первитин
а) каннабиноиды
б) психостимуляторы
в) опиоиды
г) галлюциногены
5. Выберите преимущественный способ введения героина:
а) пероральный
б) внутривенный
в) внутримышечный
г) путем курения
6. К объективным признакам опийной интоксикации относятся:
а) ощущение «озарения», легкости и полета, суетливость, многоречивость, возбужденность.
б) иллюзии, галлюцинаии, дереализация, онейроид, мидриаз, тремор.
в) сонливость, двигательная заторможенность, приподнятое настроение, миоз, брадикардия, сухость кожи и запор
г) «заразительность» эмоций, неудержимые приступы смеха, резкие колебания настроения, острые приступы страха.

Ответы на тестовые задания: 1-а, 2-б, 3-г, 4-б, 5-б, 6-в

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент Н., 18 лет, имеет стаж злоупотребления гашишем 6 лет. К концу 3-х суток абстиненции вечером появились «голоса» прежних знакомых, угрожающих уничтожить его, ощущал ползание «змеек» и «муравьев» под кожей, видел их. Был возбужден, тревожен, но в основном пассивно оборонялся. Был дезориентирован в месте и времени. Утром после медикаментозного сна в наркологическом стационаре ориентировка в месте времени восстановилась, о пережитом накануне остались отрывочные воспоминания и частичная критика. В последующие дни оставался ипохондричным, подавленным, вялым; оживлялся только при упоминании о гашише.

Решение

Пациент имеет длительный стаж злоупотребления гашишем, что предполагает утяжеление абстиненции с формированием психозов. В структуре психоза доминировали острая галлюцинаторно-бредовая симптоматика (бред преследования, зрительные, вербальные и тактильные галлю-

цинации), аффективная (чувство страха, тревога), психомоторное возбуждение на фоне делириозного помрачения сознания.

Диагноз: наркотическая (каннабиноидная) зависимость, 2 стадия, острый психоз на фоне абстинентного синдрома.

Необходима неотложная госпитализация в наркологический (психиатрический) стационар, дезинтоксикационная терапия, назначение нейролептиков с седативным эффектом (оланзапин или кветиапин). После купирования психотической симптоматики для снижения влечения к алкоголю можно рекомендовать антидепрессанты (флувоксамин). В дальнейшем реабилитационная работа с акцентом на восстановление социальных навыков в условиях реабилитационного отделения.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной вводит наркотическое вещество внутривенно 2-3 раза в день. Стал принимать значительно большие дозы наркотика. Год тому назад наркотическое опьянение вызывало релаксацию, эйфорию, желание уединиться, грезоподобные фантазии, поверхностный сон в течение 2-3 часов. В последнее время вне интоксикации чувствует себя вялым, подавленным, неработоспособным, через 8-12 часов после последней инъекции появляются зевота, выделение слизи из носа, неприятные ощущения, боли в мышцах и суставах. После инъекции ощущает прилив сил, энергии, восстановление физического комфорта.

Задача 2

Больной 19 лет, после неоднократного вдыхания белого порошка стал возбужден, многоречив, суетлив, испытывал повышение настроения. Под утро был обнаружен на полу ночного клуба охраной, с резко расширенными зрачками, с отсутствием реакции на свет, с тахикардией, повышенным АД (170/100), в резком психомоторном возбуждении, резкими размашистыми неуправляемыми движениями, тремором, интенсивными головными болями.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Осмотр больных с наркотической зависимостью, выявление симптомов и ведущих синдромов данных состояний при помощи методов беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования; постановка диагноза, назначение терапии, разработка индивидуальной комплексной реабилитационной программы с последующим обсуждением в группе.

Обзор научной литературы по теме «Алкогольные психозы, клиника, диагностика, терапия»

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение наркомании и токсикомании. Назовите критерии отнесения вещества к наркотическим. Тенденции в заболеваемости наркоманией в России и в мире
2. Классификация наркоманий.
3. Современные представления об этиопатогенезе наркотической зависимости.
4. Основные синдромы, характерные для наркотической зависимости.
5. Стадии наркотической зависимости, клиника, диагностика
6. Наркотический абстинентный синдром, особенности при употреблении различных видов наркотических веществ.
7. Клиника опийной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.
8. Клиника канабиноидной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.

9. Спайсы, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
10. Барбитуровые наркотические вещества, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
11. Психостимуляторы (кокаин, эфедрон, первитин), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
12. Психостимуляторы (амфетамины, соли), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
13. Галлюциногены, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
14. Комбинации наркотической зависимости с психическими заболеваниями, клиника, диагностика.
15. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
16. Терапия наркотической зависимости в зависимости от вида веществ.
17. Терапия острого наркотического опьянения в зависимости от вида веществ.
18. Особенности наркотической зависимости у подростков и женщин.

Диагностика наркоманий, иммунохроматографические тесты, химико-токсикологические диагностические исследования.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Через какое время формируется психическая зависимость от опиатов:
   а) через месяц-два регулярного употребления
   б) длительное время возможно эпизодическое употребление без признаков формирования психической зависимости (недели-месяцы)
   в) зависит от наркогенности препарата и его способа введения (героин через 3-5 инъекций)
   г) от 2 до 6 месяцев систематического приема
2. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через:
   а) 10 ч
   б) 20 ч
   в) 6-12 ч
   г) 72 ч
3. Начальными признаками (1 фаза) абстинентного синдрома при отнятии опиатов являются
   а) чувство неудовлетворенности
   б) напряженность, беспокойство
   в) расширение зрачков
   г) слезотечение, насморк, чихание
   д) диспепсические явления
4. Сроки формирования физической зависимости от опиатов:
   а) через 2 недели - 1,5 месяца систематического употребления
   б) в среднем через 3-5 лет систематического употребления
   в) от 6 месяцев до 3 лет и более
   г) 2-7 месяцев
5. "Симптом булавочной головки" наиболее характерен для
   а) опийной интоксикации
   б) алкогольного абстинентного синдрома
   в) острой интоксикации галлюциногенами
   г) абстинентного синдрома при опийной наркомании
6. К синтетическим каннабиноидам относится:
   а) эфедрон
   б) метадон
   в) спайс
   г) экстази

7. Механизм действия каннабиоидов заключается:
   а) в подавлении синтеза, освобождении и разрушении ацетилхолина
   б) взаимодействии с опиатной системой головного мозга
   в) блокировании синаптической передачи
   г) блокировании ингибитора моноаминооксидазы
8. Постинтоксикационное состояние в виде астенической симптоматики после употребления каннабиноидов длится в среднем:
   а) 12-24 часа
   б) неделю
   в) в течение 3-4 суток
   г) 1-2 часа
9. Специфичным осложнением гашишной наркомании является
   а) анергия
   б) амотивационный синдром
   в) брадипсихия
   г) хроническое галлюцинаторно-бредовое расстройство
10. 1-я фаза абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется
   а) ознобом
   б) гипергидрозом
   в) бессонницей
   г) миозом
   д) чувством неудовлетворенности, беспокойство

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Дизайнерские наркотики (спайсы, амфетамины, клиника, диагностика, терапия»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
2. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
3. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

Раздел 6: Социальная психиатрия

Тема 6.1: Предмет и задачи социальной психиатрии. Экологическая психиатрия. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения

Цель: способствовать формированию знаний по основам социальной психиатрии, экологической психиатрии, а также формированию знаний и умений по осуществлению санитарно-гигиенического воспитания населения.

Задачи:

1. Рассмотреть предмет, цели и задачи социальной психиатрии, задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения
2. Изучить методы социальной психиатрии, особенности механизмов экопатогенного воздействия на психику, особенности форм и методов санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии
3. Обучить практическим методам социальной психиатрии, особенностям механизмов экопатогенного воздействия на психику, особенностям форм и методов санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:
базисные знания по основным разделам медицины, общее представление об организационных вопросах психиатрии
2) После изучения темы:
- основные понятия социальной и экологической психиатрии
- методы санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии, особенности комплексных программ по профилактике психических заболеваний, клинику и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях; систематику экстремальных психогенных расстройств
- особенности программ диспансеризации населения, комплексных программ по профилактике психических заболеваний

Обучающийся должен уметь:
- применять основные методы социальной психиатрии
- диагностировать психогенные реакции при чрезвычайных ситуациях, владеть навыками организации экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций
- осуществлять санитарно-гигиеническое просвещение в психиатрии

Обучающийся должен владеть:
- навыками применения основных методов социальной психиатрии
-навыками организации экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций
- навыками психогигиены и психопрофилактики

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Предмет и задачи социальной психиатрии: социальная психиатрия как одно из направлений психиатрической науки и практики; предмет социальной психиатрии; история развития социальной психиатрии; основные научные школы и направления; цели и задачи социальной психиатрии.
2. Методы социальной психиатрии: эпидемиология как метод социальной психиатрии; значение феноменологических подходов; клинико-динамический метод; социологический метод;
3. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии.
4. Этнокультуральные особенности психического здоровья: понятие транскультуральной психиатрии; культурально-специфические синдромы; особенности клинических проявлений и течения психических расстройств в различных этносах.
5. Эвропатология: предмет эвропатологии; основные задачи эвропатологии; патографии некоторых выдающихся личностей.
6. Социальные факторы и психическое здоровье: понятие макросоциальных факторов и их влияние на психическое здоровье; политические системы общества и психическое здоровье; психическое здоровье населения России в тоталитарном и посттоталитарном периодах; влияние эпидемиологических факторов на психическое здоровье; религия и психическое здоровье.
7. Роль микросоциальных факторов в развитии психического здоровья: семья как важнейшая микросоциальная группа; фактор “неполной” семьи; психопатология одиночества; понятие о первичной социализации; семейная психогигиена и психотерапия; производственный микросоциум; психогигиена производственных межличностных отношений; “третий” микросоциум.
8. Психическое здоровье населения в условиях переходного периода развития общества: понятие социально-стрессовых психических расстройств; понятие кризиса идентичности; клинические формы кризиса идентичности; особенности психической патологии в социально неблагоприятных группах на селения (беженцы, безработные, “бомжи”, проститутки).
9. Техногенные факторы в развитии психической патологии у работников промышленности: характеристики экопатогенных техногенных факторов; клинические проявления психических расстройств, связанных с воздействием техногенных факторов на производстве.
10. Психическое здоровье различных профессиональных групп населения как экологическая проблема: психическое здоровье в профессиональных группах, работающих в сферах промышленно-

сти, строительства, науки, образования, культуры, высшей школы; психические расстройства у студентов; психическое здоровье школьников.
11. Психиатрия катастроф: чрезвычайные ситуации как причина психической дезадаптации; клиника и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях; систематика экстремальных психогенных расстройств; посттравматическое стрессовое расстройство; организация экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций; охрана психического здоровья лиц, работающих в зонах чрезвычайных ситуаций.
12. Проблема магического мышления, “целительства” и индуцированных психических расстройств: современное состояние психологической культуры населения; роль психогигиенического просвещения; феномен магического мышления и его связь с периодами общественных кризисов; паранаучное целительство (магия, знахарство, экстрасенсорика, телепсихотерапия); индуцированные психические расстройства и нарушения поведения.
13. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения, понятию о первичной, вторичной, третичной профилактике в психиатрии.
14. Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии.
15. Антиалкогольное санитарное просвещение.
16. Санитарное просвещение по профилактике наркоманий и токсикоманий.
17. Комплексные программы по профилактике психических заболеваний.
18. Программы диспансеризации населения.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии
- навыки организации экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций
- навыки психопрофилактики

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, назначить терапию, план социально-реабилитационных мероприятий и меры вторичной психопрофилактики. Провести психообразование с пациентами по вопросам психопрофилактики

Обсуждение обзора научных статей ведущих психиатрических журналов по темам занятия «Проблема магического мышления, “целительства” и индуцированных психических расстройств», «Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии». Составление кратких конспектов по психопрофилактической работе с населением.

3. Решить тестовые задания:

1. К психолого-психиатрическим последствиям ЧС относятся
   а) паника
   б) стресс
   в) конфликт
   г) делирий
2. Симптомы, характерные для ПТСР
   а) флэш-бэки
   б) тревога
   в) галлюцинации
   г) депрессия
3. Дебрифинг относится к
   а) кризисным формам помощи
   б) методам психотерапии
   в) социальной помощи
   г) психологическим методам
4. К характеристикам травматических ситуаций относятся
   а) разрушение привычного для человека уклада жизни
   б) соматическое заболеввание

в) состояние ужаса, бессилия, беспомощности
г) наличие эпизодов с бредом и галлюцинациями

5. Психическое здоровье - это
а) не только отсутствие психического заболевания, но и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества
б) отсутствие психического заболевания, что позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества
в) отсутствие психического заболевания не включает психосоциальное благополучие человека, позволяющее личности реализовать собственный потенциал, но помогает противостоять стрессу
г) все утверждения верны

6. Социальная работа представлена:
а) пациент-центрированными вмешательствами;
б) психосоциальными вмешательствами на микросоциальном уровне;
в) социальной работой на макросоциальном уровне.
г) лечебно-диагностической работой.

7. Основной целью реабилитации в психиатрии является:
а) достижение ремиссии заболевания;
б) предоставление технических средств реабилитации;
в) ресоциализация (восстановление или сохранение) индивидуальной и общественной ценности пациента;
г) соблюдение законных прав и интересов пациента.

8. Превентивно-сберегающая реабилитация это:
а) оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труду;
б) предупреждение развития того или иного дефекта вследствие болезни;
в) предупреждение обострения заболевания;
г) разработка индивидуальной программы реабилитации.

9. В качестве индикаторов результативности психосоциальных воздействий используются:
а) клинические показатели;
б) уровень социальной адаптации;
в) фармакоэкономические показатели.
г) трудоустройство пациентов.

10. Инвалид - это:
а) лицо с незначительными нарушениями здоровья;
б) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;
в) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы
г) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма

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

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте дополнительные методы обследования
- назначьте терапию, социально-реабилитационные мероприятия и меры вторичной психопрофилактики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1

Сотрудник М., 38 лет, ветеран боевых действий. Жалобы на тревогу, беспокойство, утомляемость,

стойкие нарушения сна (подолгу не может заснуть из-за тревожных мыслей о своем будущем и состоянии здоровья, сон поверхностный, просыпается в 4 утра, с ощущением вялости и тревоги, продолжительность ночного сна - 3-4 часа), боли в области грудной клетки слева на выдохе, колющего характера, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, ощущение «будто внутри все надувается», снижение массы тела на 6 кг за 2 мес., страх перед «неизвестной болезнью». Данное состояние связывал с командировкой в Северо-Кавказский регион, перенапряжением.

Анамнез жизни: родился в семье рабочих, вторым ребенком. Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. По характеру был спокойным, «режимным ребенком», послушным, проблем с поведением не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, без троек. Товарищей среди сверстников было много, но длительных дружеских отношений «как-то не получалось», что связывает с частой сменой места жительства родителей.

Окончил 10 классов общеобразовательной школы, поступил в ПТУ по специальности слесарь КИП, окончил обучение с красным дипломом, затем - срочная служба в РА 2 года, служил в Польше. После демобилизации работал по основной специальности. Служит в МВД с 1993 года по настоящее время. Первый брак 1987г.–2010 г., от брака двое детей, развод по инициативе жены (с детьми не общается, так как «они не идут на контакт»). Женат второй раз с 2010 года, во втором браке общих детей нет. За время службы 4 раза командировался в СКР.

Анамнез заболевания: при проведении психодиагностического обследования после командировки в Северо-Кавказский регион был выявлен страх за состояние здоровья.

Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Гипомимичен, идеаторно и моторно заторможен, внимание рассеяно, ответы краткие, после паузы, эмоционально лабилен, на глазах слезы. Просит о помощи, «устал так жить», настроение снижено. Сообщил что перестал «видеть свет в окне», «нет радости», «нет чувств». Мышление логичное, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Память, интеллект в норме, внимание неустойчивое, рассеян, напряжен, астенизирован, ипохондричен. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено. Алкоголем не злоупотребляет. При беседе удалось выяснить, что к вечеру появляется состояние страха за жизнь, беспокойство, вспоминаются психотравмирующие события, связанные с войной.

Сомато-неврологический статус без особенностей.

Решение

Симптомы: тревога, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна с ранним пробуждением, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, снижение массы тела – тревожно-депрессивный синдром; синдром соматоформных расстройств (ощущение «будто внутри все надувается», кардиалгии); нозофобия (страх перед «неизвестной болезнью»). Данное состояние связывал с командировкой в Северо-Кавказский регион.

Предварительный диагноз: ПТСР, тревожно-депрессивный вариант.

Тактика: направить на стационарное лечение и обследование в неврологическое отделение МСЧ УВД.

Методы дополнительного обследования: общие анализы крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови; ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ головного мозга. Осмотры кардиолога, окулиста, оториноларинголога.

Экспериментально-психологическое исследование: СМИЛ; МЛО «Адаптивность»; тест Басса-Дарки, тест ПТСР Котенева.

Терапия: эглонил 2,0 в/м № 10 через день, антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин 0,02 утром), феназепам 0,001 мг 3 раза в день, психотерапия: рациональная, семейная, арт-терапия. продолжить медикаментозное лечение: антидепрессанты из группы СИОЗС (например, пароксетин) – 4-6 мес.

К мерам вторичной психопрофилактики относится семейная терапия, продолжать работать в прежней должности после выписки из стационара.

Задача 2

Пациент Л., 60 лет, инвалид 2 группы. Диагноз: органическое расстройство личности и поведения

вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант.

Родился в Кировской области младшим из трех детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей, в школе учился удовлетворительно, классы не дублировал, любил играть в футбол, хоккей. С 12-летнего возраста у пациента появились судорожные приступы с потерей сознания с частотой 1 раз в месяц. Мать работала фельдшером, скрывала наличие судорожных приступов у сына в связи с возможными социальными ограничениями. Образование 10 классов средней школы, училище по специальности «топограф». В армии не служил. В течение 20 работал по специальности в геофизических экспедициях, в последующем рабочим на меховой фабрике, разнорабочим. Был дважды женат, первый брак распался, супруга во втором браке злоупотребляла алкоголем, была судима с направлением в места лишения свободы. С 2003 году проживал с сожительницей в квартире без регистрации, принадлежавшей его матери, злоупотреблял спиртными напитками, не работал. В 2003 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 105, часть 1 УК РФ (убийство). В ходе следствия прошел судебно-психиатрическую экспертизу, в отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым. С 17.02.2004 по 30.03.2009 проходил принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением; 31.03.2009 переведен в стационар общего типа. В процессе лечения состояние пациента улучшилось: участвовал в реабилитационных мероприятиях, агрессивные тенденции отсутствовали, судорожные приступы не отмечались с мая 2009 года. Постановлением суда принудительное лечение отменено 19.02.2010, в дальнейшем пациент находился в стационаре на общих основаниях в связи с утратой родственных и социальных связей и отсутствием жилья.

Решение.

Функциональный диагноз.

Клинико-психопатологический аспект: органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант. В анамнезе совершение общественно-опасного деяния (убийство в состоянии невменяемости).

Психологический аспект: личность дизгармоничная, имеется склонность к алкоголизации и нарушению социально-приемлимых форм поведения.

Социальный аспект: является инвалидом 2 группы, длительное время не работает, профессиональные навыки утрачены, родственные и социальные связи отсутствуют, вследствие длительного срока госпитализации присутствуют явления социальная изоляции, жилья не имеет, способность к самообслуживанию ограничена.

Программа психосоциальных воздействий и реабилитации. Цель программы - подготовка пациента к самостоятельному проживанию и последующей выпиской из стационара.

Фармакотерапия. Назначение лекарственных препаратов для поддержания стойкой ремиссии заболевания.

Психообразование: модуль «Образование пациента и семьи» для понимания заболевания; модуль «Медикаментозная терапия» для обеспечения информацией о лекарствах, механизмах их действия, основных эффектах и побочных действиях; модуль «Решение проблем» нацелен на усиление способности пациента решать проблемы повседневной жизни; модуль «Ресурсы общества» предоставляет информацию об организациях помощи психически больным, групп поддержки; модуль «Тренинг коммуникативных навыков» для расширения сети межличностных контактов.

Психотерапия: когнитивно-поведенческая для коррекции неверно сформированных навыков и убеждений пациента.

Психологическая коррекция: проведение проблемно-ориентированных дискуссий по отношению пациента к приему спиртных напитков, функциональная тренировка поведения для выработки социально-приемлимых форм поведения.

Социальная работа: тренинги социальных навыков по взаимодействию с государственными учреждениями, распределению домашнего бюджета, ведению домашнего хозяйства, установлению межличностных отношений, возможности приобретения собственного жилья.

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Сотрудник МВД Н., ветеран боевых действий, 40 лет**.** При беседе сообщил, что после командировки в зону боевых конфликтов возникло «нервозное» состояние, которое объяснял ссорой с женой и напряженной командировкой, стал вспыльчивым, «больше в семье», отмечаются перепады настроения, конфликтность в семейных отношениях. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже четырех раз в месяц, что накануне употребил 250 мл водки и 1 литр пива.
Анамнез: родился в г. Р., от нормально протекавшей беременности и родов. Воспитывался в полной семье. Психические заболевания у близких родственников не зарегистрированы. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал, был активным, общительным, жизнерадостным ребенком. Мама по характеру спокойная уравновешенная. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, дисциплинарных замечаний не имел, был лидером среди сверстников, активным, деятельным. Занимался спортом. Окончил 10 классов общеобразовательной школы, затем получил высшее юридическое образование. С 2000 года служил в спецподразделении МВД России, за период с 2000 по 2008 г.г. службы 7 раз командировался в СКР, участвовал во 2й чеченской войне, в активных боях в г. Аргуне, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям.
Анамнез заболевания: после возвращения из седьмой командировки в СКР в 2008 г., во время целевого психодиагностического обследования в ЦПД, были обнаружены признаки посталкогольного соматовегетативного состояния (подъем артериального давления до 140 на 90, тремор рук и мышц лица, инъекции сосудов склер).
Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контактен. Моторно беспокоен, выраженный тремор рук, мышц лица, шеи, внутренняя дрожь. Крайне аффективно неустойчив, категоричен, все проблемы отрицает. Говорит на повышенных тонах. Возбудим, критики к поведению и состоянию нет. Считает, что тремор и такое состояние было всегда, и «это нормально, жить и работать не мешает». Семейные проблемы отрицает, однако после беседы с женой по телефону сильно нервничает, при этом усиливается тремор, поднимается АД. Тяготится обследованием. Мышление абстрактно-логическое, память, интеллект не нарушены, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Рвотный рефлекс сохранен, ситуационный контроль потребления снижен, частота употребления алкоголя (со слов) 4 раза в месяц, толерантность до 250 гр. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.
Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/90 мм. рт. ст. Пульс 96 в минуту, ритмичный, симметричный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.
Неврологический статус: выраженный тремор мышц лица и кистей рук, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.
Данные экспериментально-психологического обследования: СМИЛ – пик профиля по шкале «тревожность» – 64,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» – 69,4 бал., «пессимистичность» – 80,2 бал.; МЛО «Адаптивность» – снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки – высокий уровень раздражения; КОТ – уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева – недостоверность результатов.

Задача 2

Пациент С., 54 года, инвалид 2 группы. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение.
Родился в г. Кирове старшим из двух детей. Родители злоупотребляли алкоголем. В школе учился удовлетворительно, однако был излишне подвижным, неусидчивым, рано стал употреблять спиртные напитки, курить. Образование 9 классов, работал слесарем, каменщиком, характеризовался отрицательно из-за злоупотребления алкоголем, неоднократно привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. С 1986 года наблюдается у психиатра с диагнозом «шизофрения». В клинической картине преобладают психопатоподобные формы поведения. С 1990 года состоял в гражданском браке, от брака имел дочь, которая трагически погибла (утонула). Супруга злоупотребляла

спиртным, семья распалась. В последующем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. В 2010 году проходил в качестве потерпевшего по уголовному делу, в ходе расследования дела находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, в дальнейшем был переведен в общепсихиатрическое отделение для лечения. После окончания курса лечения не мог быть выписан, так как в результате пожара дом, в котором проживал и был зарегистрирован пациент, был признан аварийным и подлежащим сносу, а социальные и родственные связи отсутствовали. Жильцы аварийного дома были расселены кроме пациента С., который в это время находился в стационаре.

Задача 3

Пациентка К., 40 лет, поступление в стационар повторное в связи с ухудшением психического состояния: снижение настроения, тревожность, отказывалась от приема пищи, ночью не спала, под воздействием «голосов» пыталась душить мать в связи с чем была вызвана психиатрическая бригада скорой медицинской помощи.

Анамнез. Родилась в г. Кирове, младшей из 2-х детей в семье служащих. Ранее развитие без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. По характеру была замкнутой, подруг было немного. Со слов пациентки, «трудно было выстраивать отношения с противоположным полом». После школы окончила колледж искусств, заочно консерваторию по классу фортепиано. Работала преподавателем в детской музыкальной школе, в колледже искусств. На работе характеризовалась положительно, однако близких подруг не имела, межличностные отношения носили формальный характер. Замужем не была, детей нет.

Ухудшение состояния с ощущением наплывов мыслей в голове, ощущение «звучания мыслей», в дальнейшем возникли «голоса» внутри головы императивного характера. Снизилось настроение, стала тревожной, отказывалась от приема пищи, ночью не спала. В день госпитализации не вышла на работу, под воздействием «голосов» пыталась душить мать. Госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи.

Психическое состояние при поступлении: сознание не помрачено, ориентирована правильно, контакту доступна. Движения несколько замедлены, говорит тихо, ответы односложные. В беседе рассказывает о «двух людях, живущих в ней – плохом и хорошем», о наличии «голоса» внутри головы, который ей управляет, приказывает. Отмечает «путаницу мыслей», трудности сосредоточения. Свое поведение в день госпитализации объяснить затрудняется. Настроение нерезко снижено. Память, интеллект без грубых нарушений. В поведении спокойна. Больной себя не считает, но госпитализацию и лечение согласна.

Осмотр невролога: без патологии.

Осмотр терапевта: инфекция мочевыводящих путей.

Осмотр гинеколога: здорова.

Заключение психолога: на фоне мотивационного и эмоционального снижения исследование выявляет некоторое снижение опосредованной памяти, соскальзывания, разноплановость мышления, некоторые сложности усвоения инструкций, снижение критичности.

В отделении первое время была тревожна, агрессивна к окружающим, под воздействием «голосов» набросилась на соседку по палате, пыталась ее душить. Впоследствии длительное время сохранялись «голоса», чувство «звучания мыслей», неустойчивое настроение, нарушения сна. После купирования галлюцинаторной симптоматики оставалась пассивной, астенизированной, малообщительной. В дальнейшем в результате лечения состояние улучшилось: стала активной, исчезли «голоса», «путаница мыслей», в поведении спокойна, упорядочена. В беседе с врачом критично относилась к перенесенному болезненному эпизоду, понимала, что «голоса» были проявлением психического расстройства. При воспоминаниях о своем поведении в болезненный период (пыталась душить мать, соседку по палате) появлялись слезы на глазах. Переживала о вероятности обострения заболевания и повторения подобных эпизодов в будущем. Высказывала опасения о возможности ограничений при работе с детьми, о своей профессиональной карьере. Беспокоилась о возможных проблемах при создании семьи и вероятности появления психической болезни у собственных детей.

5. Задания для групповой работы:

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов социальных воздействий и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Клинический разбор и осмотр пациентов по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов социальных воздействий и реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Обсуждение конспектов по психопрофилактической работе с населением

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Назовите предмет и основные задачи социальной психиатрии.
2. Методы социальной психиатрии
3. Основные понятия психического здоровья населения.
4. Взаимодействие социальных факторы на психическое здоровье
5. Особенности концепции экологической психиатрии; классификация экологических факторов
6. Механизмы экопатогенного воздействия на психику
7. Клиника и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях
8. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения
9. Комплексные программы по профилактике психических заболеваний
10. Особенности программ диспансеризации населения

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Полипрофессиональная бригадная помощь оказывается:
   а) не менее двумя специалистами в течение не менее 2-х недель;
   б) не менее тремя специалистами в течение не менее 3-х недель;
   в) не менее двумя специалистами в течение не менее 3-х недель;
   г) не менее тремя специалистами в течение не менее 2-х недель.
2. В состав полипрофессиональной психиатрической бригады не входит:
   а) психолог;
   б) терапевт;
   в) психиатр;
   г) специалист по социальной работе.
3. В структуре функционального диагноза выделяют следующие аспекты:
   а) клинико-психопатологический;
   б) психологический;
   в) социальный;
   г) юридический.
4. В работе полипрофессиональной бригады врач-психиатр воздействует на следующие уровни:
   а) биологический;
   б) психологический;
   в) социальный.
   г) юридический
5. Социальный работник (специалист по социальной работе) воздействует на следующие уровни поражения:
   а) биологический;
   б) психологический;
   в) социальный.

Ответы на тестовые задания: 1-б; 2-б; 3-а,б,в; 4-а,б,в; 5-б,в

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Предмет и задачи социальной психиатрии.

Экологическая психиатрия. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине
Подготовить обзор научных статей ведущих психиатрических журналов по теме занятия: «Проблема магического мышления, “целительства” и индуцированных психических расстройств», «Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Раздел 7: Основы детской и подростковой психиатрии
Тема 7.1: История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте. Нарушения развития у детей.
Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по диагностике и лечению психических расстройств у детей и подростков
Задачи:
1. рассмотреть основные психопатологические симптомы и синдромы, характерные для психических расстройств у детей и подростков;
2. изучить особенности диагностики и психофармакотерапии психических расстройств у детей и подростков;
3. обучить практическим навыкам диагностики и терапии психических расстройств у детей и подростков, в том числе нарушений развития.

Обучающийся должен знать:
1) До изучения темы:
базисные знания по педиатрии, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления
2) После изучения темы:
- клинику психических расстройств у детей и подростков, в том числе нарушений развития особенности онтогенеза психики
- методы диагностики психических расстройств у детей и подростков, особенности общесоматического и неврологического исследований
- терапию психических расстройств у детей и подростков

Обучающийся должен уметь:
- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств у детей и подростков, в том числе нарушений развития
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств у детей и подростков
- назначать терапию психических расстройств у детей и подростков
- проводить профилактику психических расстройств у детей и подростков

Обучающийся должен владеть:
- навыками выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыками выявления психических расстройств у детей и подростков, в том числе нарушений развития
- навыками назначения терапии психических расстройств у детей и подростков

- навыками проведения профилактики психических расстройств у детей и подростков

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Физические и социально-психологические особенности детского и подросткового возраста. Вопросы физиологии и психологии детского и подросткового возраста. Стадии общефизиологического и полового созревания, возрастные границы нормативного, ретардированного и акселерированного созревания.
2. Дизонтогенетическое развитие. Понятие нормального и патологического пубертатного криза.
3. Систематика психических расстройств детского и подросткового возраста, общие особенности психопатологических проявлений в детском и подростковом возрасте.
4. Особенности расстройств психомоторики у детей и подростков.
5. Особенности расстройств влечений у детей и подростков.
6. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков.
7. Особенности расстройств восприятия у детей и подростков.
8. Особенности идеаторных расстройств у детей и подростков.
9. Особенности интеллектуально-мнестических расстройств у детей и подростков.
10. Особенности расстройств сознания у детей и подростков.
11. Синдромы психических заболеваний, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте: синдромы невропатии, синдромы раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдром уходов и бродяжничества, синдром страхов, синдромы патологического фантазирования.
12. Синдромы психических заболеваний, наблюдающиеся преимущественно в пубертатном возрасте: гебоидный синдром, синдром дисморфофобий, синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений.
13. Социальные программы помощи детям и подросткам, страдающим психическими заболеваниями.
14. Профилактика психических заболеваний в детском и подростковом возрасте.
15. Специфические задержки развития речи. Расстройства экспрессивной и перцептивной речи, синдром Ландау-Клеффнера, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
16. Специфические задержки развития школьных навыков. Дисграфия, дислексия, дискалькулия, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
17. Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции.
18. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия
19. Особенности применения психофармакологических средств при лечении психических расстройств у детей и подростков: нейролептиков, транквилизаторов.
20. Особенности применения антидепрессантов, ноотропов, противосудорожных средств при лечении психических расстройств у детей и подростков
21. Применение немедикаментозных биологических методов при лечении детей и подростков.
22. Применение психотерапевтических методов при лечении детей и подростков: индивидуальной рациональной психотерапии, суггестивных (аутосуггестивных) методов, групповой психотерапии, тренинговых методик, семейной психокоррекции.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыки выявления психических расстройств у детей и подростков, в том числе нарушений развития
- навыки назначения терапии психических расстройств у детей и подростков
- навыки проведения профилактики психических расстройств у детей и подростков
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назна-

чения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации. Обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Особенности психофармакологии у детей и подростков»

3. Решить тестовые задания:

1. Стимулирующие антидепрессанты допустимо назначать детям на ночь
   а) при эндогенной депрессии
   б) при реактивном состоянии
   в) при энурезе
   г) при всем перечисленном
2. Электросудорожную терапию разрешено применять больным детям в возрасте
   а) старше 10 лет
   б) старше 14 лет
   в) старше 16 лет
   г) не разрешено до 18 лет
3. для лечения задержки психического развития резидуально-органического генеза у детей используют препараты
   а) церебролизин, пиритинол, гопантеновая кислота
   б) оксазепам, гидроксизин, тофизопам
   в) сертралин, флувоксамин, пароксетин
   г) тиоридазин, перициазин, алимемазин
4. быстрое внутривенное введение диазепама опасно развитием
   а) апное
   б) аллергического шока
   в) эпилептического статуса
   г) анурии
5. нарушения письма у детей, связанные с фонематической недостаточностью называются:
   а) дискалькулией
   б) дислексией
   в) афазией
   г) дисграфией
6. При расстройстве рецептивной речи обращает на себя внимание
   а) неспособность выполнять простые вербальные инструкции в 1,5-2 года
   б) отсутствие комплекса оживления в младенческом возрасте
   в) отсутствие гуления, лепета
   г) частое сочетание с нарушениями слуха

Ответы на тестовые задания: 1-в, 2-г, 3-а, 4-а, 5-в, 6-б

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте дополнительные методы исследования
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной И., 17 лет. Известно, что в период беременности мать перенесла краснуху. Рос болезненным, отставал в психическом развитии от сверстников. Фразовая речь в 2 года. Отличался в дошкольные и школьные годы моторной неусидчивостью, расторможенностью. Учился плохо. Дублировал 2 и 4 класс. Нарушал дисциплину, убегал с уроков. Обучаемость была крайне низкой, с большим трудом «дотянули» до 8 класса. В последующем поступил в ПТУ и получил специальность слесаря. Учился плохо, в практической деятельности допускал много ошибок. Для

усвоения тех или иных навыков их необходимо было многократно повторить. В процессе обучения в школе и ПТУ родители принимали все возможные меры, чтобы помочь ему в учебе. После окончания ПТУ не мог в должной степени работать по специальности. Выполнял лишь простую, стереотипную работу.

Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентирован. Охотно вступает в контакт. Речь бедная. Запас знаний ограничен. Уровень общеобразовательной подготовки низкий. Не знает имен Чехова, Толстого. Делает ошибки при умножении двухзначных чисел на однозначные. Эмоционально неустойчив, склонен к аффективным реакциям. Внушаем, легко попадает под влияние лиц с асоциальным поведением. Мышление – конкретно-образное. Память, интеллект снижены.

Решение

Ведущий синдром – отставание в психическом развитии, симптомы: с рождения отставал в психическом развитии от сверстников, тк мать во время беременности перенесла краснуху; учился плохо, дублировал 2 и 4 класс, окончил ПТУ с трудом, но работать не смог, в психическом статусе: речь бедная, запас знаний ограничен, мышление – конкретно-образное, память, интеллект снижены. Еще один синдром – синдром расстройств поведения поставлен на основании данных анамнеза: отличался в дошкольные и школьные годы моторной неусидчивостью, расторможенностью, нарушал дисциплину в школе, убегал с уроков, при обследовании психического статуса эмоционально неустойчив, склонен к аффективным реакциям.

Предварительный диагноз: умственная отсталость легкой или умеренной степени, необходимо уточнить какая это степень умственной отсталости. Для этого необходимо экспериментально-психологическое обследование и проведение теста Векслера.

Терапия: нейролептики – «корректоры поведения» (алимемазин, тиоридазин, перициазин) – по мере необходимости, курсами по 1-1,5 месяца, а также ноотропные препараты (соли гопантеновой кислоты, церебролизин, витамины группы В (В1, В6 и др.).

Трудоустройство на работу со стереотипной деятельностью под постоянным контролем

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Мальчику 12 лет. Известно, что родился в тяжелой асфиксии. Вскармливание искусственное, голову стал держать к году, ходить с 4 лет, первые звуки произнес в 5 лет. В настоящее время речь примитивная, невнятная, запас лов крайне мал. С трудом строит фразы из 2-3 слов, например «хочу пить… моя мама» и т.п. Не обучаем, нетрудоспособен. Владеет только элементарными навыками самообслуживания: самостоятельно ест, одевается, но не умеет застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки. Понимает обращенную к нему речь, выполняет простейшие инструкции «сядь к толу», «возьми ложку». Со сверстниками не общается, не понимает смысл игр, часто дерется. Во время беседы невозможно привлечь его внимание; не сидит на месте, бегает по кабинету. Выражение лица глупое, взгляд бессмысленный, рот приоткрыт, высовывает язык.

Задача 2

Мальчику 10 лет. Читает по слогам, с трудом выполняет в уме операции на сложение и вычитание в пределах 10. В общеобразовательной школе учиться не смог, в настоящее время обучается в специализированной школе по адаптированной программе для лиц с нарушениями интеллекта. Не может пересказать прочитанный рассказ, запомнить стихотворение. Память в основном механическая. При решении задач старается использовать схему- шаблон. Мышление конкретно-образное. Например, на вопрос, как объяснить выражение «у человека светлая голова», отвечает – «он лысый»; «золотые руки» – «на пальцах много украшений». В играх со сверстниками пассивен, склонен к подражанию. Легко внушаем. 3.

Задача 3

Девочке 9 лет. Воспитывается в полной семье. Наследственность не отягощена. 187 Беременность у матери протекала без особенностей, роды в срок, без осложнений. Есть старший брат 13 лет – учится в специализированной школе. Раннее психомоторное развитие ребенка – с отставанием на 2 месяца (поздно стала ходить, говорить). Детский сад не посещала, воспитывалась дома бабушкой. В школу пошла с 7-ми лет, в настоящее время обучается в 1- м классе (повторно). Учится слабо,

программу не усваивает. Со слов учителя, девочка стеснительная, робкая, руку на уроках не поднимает (даже если знает ответ). Дома спокойная, исполнительная, есть подружка 6 лет. При осмотре: лицо маловыразительное, на вопросы отвечает по- существу тихим голосом, сама инициативы не проявляет. Словарный запас бедный, осведомленность низкая, не соответствует возрасту. Ответы односложные, при неудачах волнуется, опускает глаза, теребит юбку. Читает по слогам, с ошибками, переставляет буквы в словах. Прочитанный взрослым рассказ пересказать не может. Считает в прямом порядке до 15, в обратном – от 10, с опорой на наглядный материал. Арифметические действия выполняет только простые (сложение и вычитание в пределах 10), допускает ошибки. При ответе на вопрос долго думает, пытается считать на пальцах. Основные цвета называет, в оттенках путается. Из геометрических фигур назвала только круг, остальные путает. Временной гнозис сформирован недостаточно: путает времена года, дни недели, не знает их последовательности. Высшие когнитивные функции не развиты. Мышление конкретно-образное. Предметы не классифицирует, с методикой «4-й лишний» не справилась. Составить рассказ по последовательному ряду картинок не смогла. Скрытый смысл сюжетной картины не увидела. Память не нарушена. Коэффициент интеллектуального развития по тесту Векслера 53 балла (вербальный – 71, невербальный – 74). Общая моторика развита соответственно возраста, мелкая – недостаточно. Осмотрена неврологом, заключение «Рассеянная неврологическая симптоматика». Соматический статус – без особенностей. Девочка в течение последних регулярно проходит курсы нейрометаболической и сосудистой терапии, в дошкольном возрасте два раза находилась на стационарном лечении в отделении реабилитации. Динамика незначительная.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов (детей и подростков) с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Физические и социально-психологические особенности детского и подросткового возраста. Вопросы физиологии и психологии детского и подросткового возраста. Стадии общефизиологического и полового созревания, возрастные границы нормативного, ретардированного и акселерированного созревания.
2. Дизонтогенетическое развитие. Понятие нормального и патологического пубертатного криза.
3. Систематика психических расстройств детского и подросткового возраста, общие особенности психопатологических проявлений в детском и подростковом возрасте.
4. Особенности расстройств психомоторики у детей и подростков.
5. Особенности расстройств влечений у детей и подростков.
6. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков.
7. Особенности расстройств восприятия у детей и подростков.
8. Особенности идеаторных расстройств у детей и подростков.
9. Особенности интеллектуально-мнестических расстройств у детей и подростков.
10. Особенности расстройств сознания у детей и подростков.
11. Синдромы психических заболеваний, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте: синдромы невропатии, синдромы раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдром уходов и бродяжничества, синдром страхов, синдромы патологического фантазирования.
12. Синдромы психических заболеваний, наблюдающиеся преимущественно в пубертатном возрасте: гебоидный синдром, синдром дисморфофобий, синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений.
13. Социальные программы помощи детям и подросткам, страдающим психическими заболеваниями.

14. Профилактика психических заболеваний в детском и подростковом возрасте.
15. Специфические задержки развития речи. Расстройства экспрессивной и перцептивной речи, синдром Ландау-Клеффнера, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
16. Специфические задержки развития школьных навыков. Дисграфия, дислексия, дискалькулия, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
17. Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции.
18. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия
19. Особенности применения психофармакологических средств при лечении психических расстройств у детей и подростков: нейролептиков, транквилизаторов.
20. Особенности применения антидепрессантов, ноотропов, противосудорожных средств при лечении психических расстройств у детей и подростков
21. Применение немедикаментозных биологических методов при лечении детей и подростков.
22. Применение психотерапевтических методов при лечении детей и подростков: индивидуальной рациональной психотерапии, суггестивных (аутосуггестивных) методов, групповой психотерапии, тренинговых методик, семейной психокоррекции.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Диагноз расстройств личности ставится в возрасте
   а) 7-10 лет
   б) 13-15 лет
   в) 16-18 лет
   г) после 18 лет
2. Основной мотив поступков детей и подростков с неустойчивыми чертами характера
   а) получение признания
   б) получение удовольствия
   в) стремление к лидерству
   г) привлечь внимание родителей
3. При воспитании по типу "кумир семьи" чаще формируется
   а) истерические черты характера
   б) психастенические черты характера
   в) псевдошизоидные черты характера
   г) повышенная аффективная возбудимость
4. Для синдрома психической зависимости при алкоголизме у подростков характерно все перечисленное, исключая
   а) формирование на этапе систематического пьянства
   б) отсутствие "борьбы мотивов"
   в) полную некритичность к изменяющемуся влечению
   г) выраженность идеаторного компонента
   д) актуализацию влечения к алкоголю внешней средой, окружением
5. У детей раннего возраста при аффективных нарушениях наиболее ярко выступает следующий компонент синдрома
   а) соматовегетативный
   б) аффективный
   в) идеаторный
   г) моторный
6. Информированное согласие на медицинское вмешательство при оказании психиатрической помощи несовершеннолетнему дается лично после _____лет
   а) 18
   б) 14
   в) 15
   г) 16
7. Наиболее типичная клиническая форма активного протеста у подростков выражается склонностью

а) к фантазированию
б) незрелостью
в) внушаемостью
г) патологическим агрессивным поведением

8. К продуктивно-дизонтогенетичеким синдромам относится синдром
а) интеллектуальной недостаточности
б) общего психического недоразвития
в) страхов, патологического фантазирования
г) задержки созревания речи

9. Вариантом дизонтогенеза, определяющим психический инфантилизм, является
а) асинхрония
б) парциальная психическая ретардация
в) тотальная психическая ретардация
г) акселерация

10. Потерю приобретенных навыков в раннем детском возрасте называют
а) ретардацией
б) регрессией
в) акселерацией
г) асинхронией

Ответы на тестовые задания: 1-г,2-б,3-а, 4-б, 5-а, 6-в, 7-г, 8-в, 9-б, 10-б

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине
Подготовить обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Особенности психофармакологии у детей и подростков»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022

Тема 7.2: Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по диагностике и лечению психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков

Задачи:

1. рассмотреть основные психопатологические симптомы и синдромы, характерные для психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков;
2. изучить особенности диагностики и психофармакотерапии психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков;
3. обучить практическим навыкам диагностики и терапии психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

базисные знания по педиатрии, общее представление об особенностях психиатрического обследования, основные симптомы и синдромы психических расстройств и методы их выявления
2) После изучения темы:
- клинику психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- методы диагностики психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- терапию психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- назначать терапию психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- проводить профилактику психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыками выявления психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- навыками назначения терапии психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- навыками проведения профилактики психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Экзогенно-органические психозы у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
2. Расстройства аутистического спектра, синдром Каннера, Аспергера, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
3. Расстройства аутистического спектра, Ретта, органический аутиз, атипичный аутизм, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
4. Особенности дебюта шизофрении у детей и подростков, ведущие симптомы и сондромы. Детская шизофрения, клинические характеристики.
5. Шизофрения у детей и подростков: непрерывно-текущая (с различной прогредиентностью), периодическая, приступообразно-прогредиентная.
6. Терапия шизофрении у детей и подростков
7. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, особенности дебюта БАР), клиника диагностика.
8. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, БАР), дифференциальная диагностика, терапия.
9. Маскированные депрессии у детей и подростков (анаклитическая депрессия, эквиваленты депрессии в подростковом возрасте, клиника, даигностика, терапия.
10. Суициды у детей и подростокв, возрастные особенности, выявление суицидальной настроенности, терапия лиц, совершивших суицидальную попытку.
11. Расстройства пищевого поведения в детском и подростковом возрасте, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
12. Эпилепсия у детей и подростков: генерализованные пароксизмы, фокальные пароксизмы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.

13. Эпилепсия у детей и подростков: личностные и когнитивные изменения, течение заболевания, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
14. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыки выявления психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- навыки назначения терапии психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- навыки проведения профилактики психических расстройств (шизофрения, ранний детский аутизм, аффективная патология) у детей и подростков
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации. Обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Расстройства аутистического спектра: этиопатогенез, клиника, диагностика, методы реабилитации»

3. Решить тестовые задания:

1. Пубертатному кризу соответствует высокая вероятность развития
   а) судорожных припадков, эпилепсии
   б) дисморфофобии
   в) биполярного аффективного расстройства с тяжелыми депрессиями и маниями
   г) кардионевротического расстройства, артериальной гипертензии
2. Клинические проявления у детей в виде подавленности, тоски, тревоги, психо-соматических расстройств (энурез, нарушения сна, экзема, эритема, приступы по типу бронхиальной астмы, спастический колит и т.д.) представляют клинику
   а) органических расстройств у детей
   б) умственной отсталости у детей
   в) шизофреноподобных расстройств у детей
   г) скрытых, «маскированных» депрессий
3. В исходе злокачественной детской шизофрении формируется
   а) олигофреноподобный дефект
   б) эмоционально-волевой дефект
   в) психопатоподобный дефект
   г) дефект типа фершробен
4. Синдром Аспергера в подростковом возрасте проявляется:
   а) шизоидной акцентуацией характера
   б) диссоциативными расстройствами
   в) аффективными расстройствами
   г) умственной отсталостью
5. К качественным нарушениям социального взаимодействия при расстройствах аутистического спектра относят
   а) стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов
   б) отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания
   в) задержку или полную остановку в развитии разговорной речи, что несопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения
   г) невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания

Ответы на тестовые задания: 1-б, 2-г, 3-а, 4-а, 5-г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте дополнительные методы исследования
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мальчик 9 лет. В семье отягощенность шизофренией по обеим линиям. Раннее развитие без особенностей. В детский сад пошел с 5 лет. отличался любознательностью, но с детьми не играл, больше наблюдал со стороны. В школе учился удовлетворительно. С 9 лет стал раздражительным, капризным, появились ночные приступы страха смерти – просыпался ночью, плакал, казалось, что он «умирает». Вскоре начал бояться «оторваться от земли», которая может «выйти из орбиты» или сгореть, так как «Солнце может упасть на Землю». Затем перестал выходить на улицу, так как «все над ним смеются», а «мальчишки хотят его избить». Целыми днями лежал, закрыв голову одеялом, иногда прятался под кровать, неадекватно смеялся.

Решение

Ведущие симптомы и синдромы: раздражительность, капризность, ночные приступы страха смерти – начало с неврозоподобной сипмтоматики. Страхи вскоре стали нелепыми (страх «оторваться от земли», которая может «выйти из орбиты» или сгореть, так как «Солнце может упасть на Землю»). Перестал выходить на улицу, так как «все над ним смеются», а «мальчишки хотят его избить» - бред отношения с интерпретативными иллюзиями. Нарастание аутизации с потерей контактов с окружающими, бездеятельностью и неадекватное поведение (неадекватный смех, прятался подкровать и др.).

Предварительный диагноз: детский тип шизофрении, в пользу которого свидетельствует описанная выше симптоматика, а также семейная отягощенность шизофренией и шизоидный тип личности в преморбиде.

Дополнительные методы исследования: общие анализы крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови; ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ головного мозга.

Экспериментально-психологическое исследование: тесты для исследования особенностей мышления («исключение 4-лишнего», «классификация», пиктограмма, последовательные картинки, объяснение пословиц и метафор).

Дифференциальный диагноз с невротическими расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством, сомато-инфекционными психозами

Лечение: нейролептики (галоперидол или трифтазин) для купирования психотической симптоматики и дальнейшего длительного приема, после стабилизации состояния психотерапия, психологическая коррекция, семейное психообразование. В дальнейшем решение вопроса о виде обучения.

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Девочке 4 года. С раннего детства отличалась высоким умственным развитием, часто задавала вопросы, не соответствующие возрасту. Спрашивала мать: «Что было, когда меня не было?». После этого сидела, думала. Предпочитала играть с детьми более старшего возраста. При поступлении в детский сад стала тревожной, боялась, что мать ее там оставит. Стала молчаливой, неряшливой, перестала надевать чистую одежду, не проявляла интереса к играм, к окружающему, к ребятам в группе. Любила раздумывать, стереотипно повторяя: «Хлеба нету ни куска, закружилась голова». Через некоторое время совсем перестала разговаривать с детьми, со взрослыми, только с куклой, голос которой звучал в голове.

Задача 2

Больной А., 17 лет, стал утверждать, что болен описторхозом, ощущал, как «паразиты ползают в мышцах и кишечнике», вызывая «боль и неприятные ощущения». Неоднократно проходил всевоз-

можные обследования, однако отрицательные результаты расценивались им как ошибка диагностики, подмена истинных результатов анализов на ложные, не принадлежащие ему. Стал считать, что ему необходимо проведение дуоденального зондирования, которое «некомпетентные врачи провести не могут». Также возникла убежденность, что родители ему не родные, а просто люди, которые осуществляют за ним уход. Был убежден, что родители знают о его проблеме, но «замалчивают, скрывают» и не хотят его лечить.

Задача 3

Больной В., 7 лет, поступил в психиатрический стационар в связи с психомоторным возбуждением, неадекватным поведением (ползает по полу, лает, мяукает, пытается принимать пищу с пола). В отделении: возбужден, бегает по палате на четвереньках, лает, мяукает. Контакту труднодоступен, на вопросы отвечает не по-существу, после их неоднократного повторения. Утверждает, что он – это «кот, который умеет лаять». Просит налить ему молока в блюдце. Категорически отказывается принимать пищу за столом, бросает еду на пол и ест с пола. Облизывает врача, начинает тереться о ноги окружающих, все время встает на четвереньки. Рассказывает, что рядом с ним находится его друг – «Рихтотим», с которым он мысленно «играет и шалит».

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов (детей и подростков) с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Экзогенно-органические психозы у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
2. Расстройства аутистического спектра, синдром Каннера, Аспергера, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
3. Расстройства аутистического спектра, Ретта, органический аутиз, атипичный аутизм, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
4. Особенности дебюта шизофрении у детей и подростков, ведущие симптомы и сондромы. Детская шизофрения, клинические характеристики.
5. Шизофрения у детей и подростков: непрерывно-текущая (с различной прогредиентностью), периодическая, приступообразно-прогредиентная.
6. Терапия шизофрении у детей и подростков
7. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, особенности дебюта БАР), клиника диагностика.
8. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, БАР), дифференциальная диагностика, терапия.
9. Маскированные депрессии у детей и подростков (анаклитическая депрессия, эквиваленты депрессии в подростковом возрасте, клиника, даигностика, терапия.
10. Суициды у детей и подростокв, возрастные особенности, выявление суицидальной настроенности, терапия лиц, совершивших суицидальную попытку.
11. Расстройства пищевого поведения в детском и подростковом возрасте, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
12. Эпилепсия у детей и подростков: генерализованные пароксизмы, фокальные пароксизмы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
13. Эпилепсия у детей и подростков: личностные и когнитивные изменения, течение заболевания, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
14. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Для биполярно-аффективного расстройства уподростков характерно сочетание маниакального состояния с
   а) немотивированными страхами
   б) нарушениями поведения
   в) неврозоподобными нарушениями
   г) нарушениями сна
2. Для шизофрении детского возраста свойственно все перечисленное, кроме
   а) фобий
   б) обсессий
   в) бредоподобного фантазирования
   г) высокосистематизированного интерпретативного бреда
3. Бредовые идеи при олигофренном шизофреноподобном психозе, в отличие от детской шизофрении, характеризуются
   а) относительной простотой содержания, отсутствием систематизации
   б) развитием идей особого происхождения, реформаторства
   в) преобладанием дисморфоманических идей
   г) появлением ипохондрических идей
2. Чрезмерное фантазирование со стремлением в фантазиях реализовать неосуществленные в жизни желания у детей и подростков следует отнести к
   а) паранойяльному бреду
   б) бредоподобным фантазиям
   в) сверхценным гиперкомпенсаторным фантазиям
   г) фантазиям с навязчивыми идеями
3. При олигофренном психозе в виде вербального галлюциноза, в отличие от детской шизофрении, отсутствуют
   а) императивные истинные вербальные галлюцинации
   б) угрожающие истинные вербальные галлюцинации
   в) вербальные псевдогаллюцинации
   г) нарастающие апато-абулические расстройства
4. Замкнутость, стремление к одиночеству, сложности в эмоциональном общении с окружающими, эхолалии, стереотипии характерны для
   а) синдрома Аспергера
   б) раннего детского аутизма
   в) синдрома Ландау-Клеффнера
   г) гиперкинетического расстройства
5. Сочетание олигофреноподобного дефекта с манерностью, эмоциональным отупением и бездеятельностью характерно для
   а) невротического состояния
   б) шизоидной психопатии
   в) рано начавшейся злокачественной детской шизофрении
   г) ремиттирующей шизофрении
6. Деперсонализация, сенестопатии, галлюцинации у детей чаще наблюдаются при
   а) детском аутизме
   б) обсессивно-компульсивном расстройстве
   в) умственной отсталости
   г) шизофрении
7. Детский тип шизофрении характеризуется
   а) амнезиями, эмоциональной лабильностью
   б) нарастающей аутизацией, инкогеренцией, рудиментарными галлюцинациями, фантазиями
   в) нарушением взаимодействия с рождения, стереотипиями, эхолалиями
   г) мутизмом, негативизмом, восковой гибкостью
8. Детский аутизм (f84.0) характеризуется

а) постепенным нарастанием эмоциональной лабильности, когнитивных расстройств, социально-бытовой дезадаптации

б) состояние функциональной незрелости предпосылок интеллекта

в) ранним (до трех лет) нарушением социально-эмоционального взаимодействия, стереотипным поведением, ограниченными интересами, затрудняющими его психическое развитие и коммуникацию

г) прогредиентное рано приобретенное психическое недоразвитие

Ответы на тестовые задания: 1-б,г, 2-г, 3-а, 4-в, 5-г: 6-б, 7-в, 8-г

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Подготовить обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Расстройства аутистического спектра: этиопатогенез, клиника, диагностика, методы реабилитации», «Шизофрения у детей и подростков»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020

2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022

Тема 7.3: Психические заболевания в детском и подростковом возрасте: расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по диагностике и лечению психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков

Задачи:

1. рассмотреть основные психопатологические симптомы и синдромы, характерные для психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков;
2. изучить особенности диагностики и психофармакотерапии психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков;
3. обучить практическим навыкам диагностики и терапии психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- клинику психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- методы диагностики психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- терапию психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков

Обучающийся должен уметь:

- выявлять основные симптомы и синдромы психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков

- проводить дифференциальную диагностику психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- назначать терапию психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- проводить профилактику психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыками выявления психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- навыками назначения терапии психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- навыками проведения профилактики психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Общая характеристика психогенных заболеваний в детском и подростковом возрасте.
2. Реактивные состояния в детском и подростковом возрасте: аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
3. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз страха, истерический невроз, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
4. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз навязчивых состояний, неврастения, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
5. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: невротическое заикание, невротические тики, невротические расстройства сна, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
6. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: нервная анорексия, невротический энурез, невротический энкопрез, патологические привычные действия, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
7. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции в детском и подростковом возрасте: реакции протеста (оппозиции), реакции отказа, реакции имитации, реакции компенсации и гиперкомпенсации, клиника, дифференциальная диагностика, терапия. Понятие об акцентуациях характера.
8. Реактивные психотические состояния в детском и подростковом возрасте: реактивные галлюцинации, реактивные параноиды, индуцированные психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
9. ПТСР у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
10. Акцентуации у детей и подростков: гипертимный, неустойчивый, эпилептоидный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
11. Акцентуации у детей и подростков: истерический, шизоидный, гнпертимный, мозаичный, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
12. Психогенные патологические формирования личности и акцентуации у детей и подростков: истерический, психастенический, сенситивный, лабильный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы
13. Синдром дефицита внимания, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
14. Виды нарушений поведения (социализированное, несоциализированное, ограниченное рамками семьи), этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
15. Расстройство привязанностей в детском возрасте, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
16. Патологические привычные действия, этиология, клиника, терапия.
17. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства).

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов у детей и подростков
- навыки выявления психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- навыки назначения терапии психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- навыки проведения профилактики психических расстройств (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства) у детей и подростков
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Разбор ситуационных задач по теме занятия с выявлением ведущих симптомов, синдромов, назначения клинического обследования, проведением дифференциальной диагностики, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации. Обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Невротические расстройства у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, методы реабилитации»

3. Решить тестовые задания:

1. Сочетание психического инфантилизма, истероидных черт характера, воспитания по типу "кумир семьи" – условия для развития
   а) диссоциативного расстройства
   б) депрессивного расстройства
   в) обсессивных состояний
   г) фобического расстройства
2. К возникновению фобического расстройства предрасполагает воспитание по типу
   а) гипоопеки и безнадзорности
   б) гиперпротекции и тревожной фиксации на состоянии здоровья
   в) "кумир семьи"
   г) "золушка»
3. Аффективно-шоковые реакции у детей протекают с наличием
   а) панического страха
   б) сумеречного или аффективно-суженного сознания
   в) психомоторных и сомато-вегетативных нарушений
   г) сочетания всех указанных компонентов облигатных расстройств
4. К возникновению истерического расстройства предрасполагает воспитание по типу
   а) гипоопеки и безнадзорности
   б) гиперпротекции и тревожной фиксации на состоянии здоровья
   в) "кумир семьи"
   г) "золушка»
5. Затяжная психическая травма вызывает
   а) аффективный ступор
   б) алкоголизм
   в) наркоманию
   г) невротическое развитие личности

Ответы на тестовые задания: 1-а, 2-б, 3-г, 4-в, 5-г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте дополнительные методы исследования
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Девочка 13 лет. Ранее психомоторное развитие без особенностей. Была единственным и горячо любимым ребенком, которого баловали родители и бабушка. Когда родился брат, внимание к девочке уменьшилось. С 8 лет пошла в школу, училась слабо. В возрасте 9 лет впервые появились «насильственные» движения в верхних конечностях, которые были расценены врачами-неврологами как хорея. В возрасте 12 лет, когда лежала на обследовании в отделении неврологии, возник «паралич» (накануне в ту же палату была помещена девочка с параличом). Через три дня «паралич» сменился вычурными «насильственными» движениями в ногах и правой руке, была выявлена также «анестезия» правой половины тела. Гиперкинезы исчезли через неделю и в последующем появлялись при неудачах в учебе и только в присутствии других людей. В последующем, находясь в палате с девочками, у которых были малые эпилептические припадки, дала серию таких же припадков. После перевода в другую палату припадки прекратились.

Решение

Ведущие симптомы и синдромы: в 9 лет впервые появились «насильственные» движения в верхних конечностях, в 12 лет – «паралич», затем явления «анестезии», «насильственные» движения в ногах и правой руке, затем – «малые эпилептические припадки». Данная симптоматика возникала как имитация симптомов, которые наблюдались у соседей по палате в стационаре. Ведущий синдром – диссоциативных двигательных расстройств. Из анамнеза известно, что была единственным и горячо любимым ребенком, которого все баловали, когда родился брат, внимание к девочке уменьшилось, кроме того, она пошла в школу, где были сложности с обучением.

Предварительный диагноз: диссоциативное невротическое расстройство, в пользу которого свидетельствует описанная выше симптоматика, а также особенности семейного воспитания.

Дополнительные методы исследования: общие анализы крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови; ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ головного мозга.

Экспериментально-психологическое исследование: тесты для исследования особенностей личности, уровня интеллекта, типа семейного воспитания.

Дифференциальный диагноз с неврологическими заболеваниями.

Лечение: алимемазин 0,0025 – 2 раза в день - 1,5-2 месяца, индивидуальная, групповая, семейная психотерапия.

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Девочка, 8 лет – единственный ребенок у родителей. Ребенок крайне «желанный», мать долгое время была бесплодной и лечилась по этому поводу. С первых лет жизни девочка находилась в атмосфере заласкивания, а любое ее желание немедленно удовлетворялось. Если все же девочке отказывали, она падала на пол, кричала, что родители ее не любят. Мать часто при гостях демонстрирует «мнимые таланты» дочери: просит ее петь, читать стихи, тут же восхищаясь ее «необыкновенными» способностями. При поступлении в школу учителя заметили неправильности в поведении девочки: лживость, стремление быть в центре внимания.

Задача 2

Девочке 11 лет. В связи с переездом родителей на новое место жительства, пришлось сменить школу. В новом для нее 5-ом классе впервые появились затруднения в учебе, стала раздражительной, плаксивой, снизилось настроение, исчезла уверенность в своих способностях, постоянно боялась получить двойку.

Задача 3

Девочка 8 лет тяжело переживала смерть любимого дяди, который относился к ней доброжелательнее, чем отец. У девочки нарушился сон, боялась засыпать одна, появились кошмарные сновидения. Днем боялась теней, говорила, что не хочет умирать, жаловалась, что «колет сердце».

Задача 4

Мальчику 7 лет. Недавно в семье появился малыш и, естественно, все внимание было переключено на него. В первые же ночи появления в семье второго ребенка, у мальчика стало отмечаться недержание мочи. При этом, когда ребенок находился в гостях у бабушки (в течение недели) и дяди (в течение лета) ночного недержания мочи не было. При возвращении домой энурез появился снова.

Задача 5

Мальчик родился в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца. В возрасте полутора лет на его глазах отец избил мать. Мальчик громко плакал и кричал от страха и сразу после этого потерял уже приобретенные навыки речи – говорить не мог, только мычал, выражая жестами свои желания.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов (детей и подростков) с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Общая характеристика психогенных заболеваний в детском и подростковом возрасте.
2. Реактивные состояния в детском и подростковом возрасте: аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
3. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз страха, истерический невроз, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
4. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз навязчивых состояний, неврастения, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
5. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: невротическое заикание, невротические тики, невротические расстройства сна, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
6. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: нервная анорексия, невротический энурез, невротический энкопрез, патологические привычные действия, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
7. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции в детском и подростковом возрасте: реакции протеста (оппозиции), реакции отказа, реакции имитации, реакции компенсации и гиперкомпенсации, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия. Понятие об акцентуациях характера.
8. Реактивные психотические состояния в детском и подростковом возрасте: реактивные галлюцинации, реактивные параноиды, индуцированные психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
9. Акцентуации у детей и подростков: гипертимный, неустойчивый, эпилептоидный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
10. Акцентуации у детей и подростков: истерический, шизоидный, гнпертимный, мозаичный, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
11. Психогенные патологические формирования личности и акцентуации у детей и подростков: истерический, психастенический, сенситивный, лабильный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы
12. Синдром дефицита внимания, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
13. Виды нарушений поведения (социализированное, несоциализированное, ограниченное рамками семьи), этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
14. Расстройство привязанностей в детском возрасте, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
15. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Трихотилломания – это неудержимое влечение к
   а) выдергиванию волос

б) азартным играм
в) поджогам
г) поеданию несъедобных предметов
д) воровству

2. У ребенка раннего возраста повышенная возбудимость вегетативной нервной системы, сниженный аппетит, частые нарушения сна, пугливость, склонность к страхам. Данное состояние следует расценить как
а) астено-невротическое
б) невроз испуга
в) невропатию
г) шизотипический дизонтогенез

3. К психологическим этиологическим факторам невротических расстройств относятся
а) преморбидные особенности личности
б) психические травмы детского возраста
в) события, порождающие неопределенность положения
г) верно б) и в)
д) все перечисленные

4. Среди этиологических факторов невротических расстройств социальной природы различают
а) особенности воспитания и семейного положения
б) невротизирующие действия, связанные с профессией и трудовой деятельностью
в) особенности личности родителей
г) все перечисленные
д) ни один из перечисленных

5. Неправильное воспитание с чрезмерной требовательностью и излишними ограничениями, превышающими возможности ребенка, типично для
а) диссоциативного расстройства
б) депрессивного расстройства
в) обсессивных состояний
г) фобического расстройства

6. Истерические психозы у детей и подростков протекают в форме
а) сумеречного помрачения сознания
б) аффективно-суженного сознания с грезоподобными переживаниями
в) кратковременных состояний псевдодеменции и пуэрилизма
г) любого из указанных расстройств

7. Вызывающее оппозиционное расстройство (F91.3) в детском возрасте диагностируется при наличии следующих критериев
а) демонстрирование соматического недомогания в ситуациях непризнания
б) постоянное негативистическое, враждебное, вызывающее поведение
в) беспричинные аффективные колебания
г) нарушение взаимоотношений со сверстниками

8. Гиперкинетическое расстройство (f90) проявляется
а) жестоким агрессивным поведением в социуме
б) игнорированием социально-этических норм
в) эмоциональной лабильностью, утомляемостью
г) гиперкинезией, отвлекаемым вниманием, импульсивными поступками

9. Непосредственным поводом к возникновению невротической анорексии у ребенка часто является
а) нарушение функции коры головного мозга
б) недоедание
в) перекармливание
г) попытка матери насильно накормить ребенка при его отказе от еды
д) нарушение функции печени

10. Невроз страха характеризуется преобладанием в клинической картине
а) навязчивых страхов
б) сверхценных страхов
в) бредоподобных страхов
г) страхов любого психопатологического качества

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «История развития детской психиатрии и варианты онтогенеза. Психические заболевания в детском и подростковом возрасте»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине
Подготовить обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Расстройства аутистического спектра: этиопатогенез, клиника, диагностика, методы реабилитации», «Шизофрения у детей и подростков»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

Дополнительная литература:

1. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022

Раздел 8: Основы судебной психиатрии
Тема 8.1: Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы.
Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по проведению судебно-психиатрической экспертизы.
Задачи:
1. Рассмотреть особенности работы судебного психиатра и проведения судебно-психиатрической экспертизы
2. Изучить методы проведения судебно-психиатрической экспертизы
3. Обучить основам проведения судебно-психиатрической экспертизы

Обучающийся должен знать:
1) До изучения темы:
- из общей психопатологии: симптомы нарушений основных психических функций;
- из судебной медицины: основы законодательства РФ при проведении судебной экспертизы.

2) После изучения темы:
- Организация, виды судебно-психиатрической экспертизы, их характеристика, показания.

Обучающийся должен уметь:
- обследовать подэкспертных для проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Обучающийся должен владеть:
- основами проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия:
1. Предмет и задачи судебной психиатрии
2. Организация судебно-психиатрической экспертизы
3. Основы законодательства по судебно-психиатрической экспертизе
4. Проведение судебно-психиатрической экспертизы
5. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе
6. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе

7. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста
8. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних
9. Заключение судебно-психиатрической экспертизы.
10. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых (подсудимых).
11. Проблема невменяемости; ограниченной вменяемости; определение мер медицинского характера в отношении невменяемых.
12. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.
13. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.
14. Судебно-психиатрическая экспертиза применительно к нормам Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".
15. Комплексные судебные психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, наркологопсихиатрическая экспертизы несовершеннолетних.
16. Виды симуляции и диссимуляции
17. Проблема дееспособности; ограниченной дееспособности
18. Комплексные судебные психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, наркологопсихиатрическая экспертизы несовершеннолетних.

2. Практическая подготовка.

Решение ситуационных задач.

Обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на темы «Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе», «Проблема дееспособности; ограниченной дееспособности в современной судебной психиатрии».

Осмотр подэкспертных для проведения судебно-психиатрической экспертизы, выявление ведущих симптомов, синдромов, постановка предварительного диагноза, решение вопроса о наличии критериев для установления вменяемости (дееспособности) и определения тактики дальнейшего медицинского наблюдения, лечения, реабилитации

3. Решить тестовые задания:

1. Если больной судом признан невменяемым, то он:
   а) автоматически признается недеепособным
   б) в большинстве случаев направляется на принудительное лечение
   в) освобождается от уголовной ответственности
   г) несет уголовную ответственность за преступление
2. Решение о невменяемости больного может быть принято:
   а) комиссией психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу
   б) решением суда на основании заключения комиссии психиатров, проводящих экспертизу
   в) определением прокурора
   г) правильны все перечисленные утверждения
3. Принудительное лечение больного, признанного невменяемым, может быть прекращено по решению:
   а) только по решению главного врача больницы
   б) только по решению суда
   в) только по решению врачебной комиссии
   г)только по решению прокурора
   д) только по решению главного психиатра региона, где находится больница
4. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия допустимо по заявлению родственников, должностного лица или врача любой медицинской специальности:
   а) если он отказывается принимать поддерживающую терапию
   б) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
   в) если он в силу психического заболевания беспомощен, то есть не способен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
   г) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния

д) если он обращается в различные инстанции с жалобами

5. Срок принудительного лечения психически больного:
   а) не имеет ограничений
   б) определяется решением суда
   в) прекращается решением комиссии врачей-психиатров
   г) зависит от тяжести совершенного правонарушения
6. К хроническим психическими расстройствам при определении критерия невменяемости относятся:
   а) шизофрения
   б) невротическое расстройство
   в) пресенильный психоз
   г) делирий
7. К кратковременным психическими расстройствам при определении критерия невменяемости относятся:
   а) сифилис мозга
   б) делирий
   в) шизофрения
   г) патологическое опьянение
8. К состояниям стойкого снижения психической деятельности (интеллекта) при определении критерия невменяемости относятся
   а) прогрессивный паралич
   б) умственная отсталость тяжелой степени
   в) умственная отсталость легкой степени
   г) сумеречное расстройство
9. К состояниям, характеризующимся теми или иными нарушениями психической деятельности при определении критерия невменяемости относятся (2 варианта)
   а) расстройства личности
   б) шизофрения
   в) психический инфантилизм
   г) сумеречное расстройство
10. Сознательное изображение психического расстройства психически здоровыми лицами с целью добиться желаемого решения экспертизы называется:
   а) аггравацией
   б) метасимуляцией
   в) диссимуляцией
   г) симуляцией

Ответы на тестовые задания:1-б,в, 2-б, 3-б, 4-б,в,г, 5-а, 6-а,в, 7-б,г, 8-а,б, 9-а,в, 10-г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

-назовите симптомы и синдромы
- поставьте предположительный диагноз
- назначьте дополнительные методы обследования
- определите вменяемость в отношении инкриминируемого деяния

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 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.

Решение:

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.

На момент совершения инкриминируемого деяния не могла осознавать фактиеский характер своих действий и руководить ими, т.е имели место медицинский и юридический критерий невменяемости.

Задача 2

Гражданин Г., обвинявшийся в превышении власти и получении взяток, был направлен судом на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. После привлечения его к уголовной ответственности Г. давал последовательные показания, активно защищался, вину свою признавал частично (отрицал получение взяток). Но по окончании предварительного следствия отказался ознакомиться с материалами уголовного дела, жалуясь на «шум в голове, невозможность сосредоточиться, что-либо запомнить». В судебном заседании был недоступен контакту, на обращенные к нему вопросы не реагировал. Находясь в экспертном отделении, испытуемый в окружающем и собственной личности ориентировался не полностью – не мог назвать текущих дат, свое местонахождение. Передвигался шаркающей походкой, движения его были замедленными. Наблюдалось слюнотечение из постоянно полуоткрытого рта. Выражение лица растерянное, на глазах слезы. В контакт с экспертами вступал с трудом. В начале беседы отвечал на вопросы тихим, еле слышным, голосом, после долгих пауз. Жаловался на головную боль, головокружение, на «внутреннюю тревогу, страх». При этом становился взволнованным, заявлял, что чувствует, как «окружающие косятся на него», просил помощи у врачей. Начинал рыдать, успокоить его не удавалось. Сквозь слезы просил «дать ему таблеток, чтобы умереть», высказывал суицидальные мысли. С теплотой отзывался о детях, при воспоминании о них всегда плакал. На вопросы, относящиеся к инкриминируемым ему преступлениям, не отвечал. В отделении постоянно находился в постели, накрывшись одеялом с головой. При экспертном обследовании были выявлены общая заторможенность со снижением способности к запоминанию и затруднением концентрации внимания, а также резко сниженный фон настроения в сочетании с тревожностью.

Решение:

Ведущие симптомы: резко сниженный фон настроения, суицидальные мысли, тревога, страх, «шум в голове, невозможность сосредоточиться, что-либо запомнить», неполная ориентировка, замедление движений, растерянность, трудности в установлении контакта, общая заторможенность со снижением способности к запоминанию и затруднением концентрации внимания – синдром де-

прессивный, развившийся после окончания предварительного следствия и начала судебного разбирательства, т.е. диагноз: реактивная депрессия (тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами).

Методы дополнительного обследования: общие анализы крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови; ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ головного мозга. Осмотры кардиолога, окулиста, оториноларинголога. Экспериментально-психологическое исследование

На момент совершения инкриминируемого деяния вменяем, может отбывать наказание после устранения симптомов депрессии.

Терапия: антидепрессанты с седативным эффектом, например, амитриптилин до 75 мг/сут.в/в, затем per os. Проведение индивидуальной психотерапии

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Испытуемый В., 34 лет, обвиняется в хулиганских действиях. Рос и развивался без особенностей, по характеру с детских лет был веселый, добрый, отзывчивый, но вспыльчивый. Отмечались немотивированные колебания настроения в сторону пониженного. В возрасте 22 лет без видимого внешнего повода в течение нескольких дней был подавленным, тоскливым, стремился к уединению, стал говорить, что плохо справляется с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением, когда стал хвастливым, громко смеялся, раздавал соседям свои вещи, делал в магазинах ненужные покупки, посещал рестораны, в которые раньше практически не ходил, стал строить гараж, не имея автомашины. К психиатрам не обращался. Постепенно психическое состояние нормализовалось, настроение выровнялось. Примерно через три года вновь развилось подавленное настроение с заторможенностью. Не было желания ходить на работу, общаться с окружающими. Стал избегать родных и друзей. Был помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца. После выписки продолжал работать. Спустя 3 года настроение стало приподнятым, почувствовал прилив «физических и душевных сил», решил «заработать много денег», уехал в соседнюю область, где устроился на работу в бригаду плотников. Однако уже через несколько дней, ничего не объяснив окружающим, бросил свои вещи и вернулся на место постоянного жительства. Отмечались повышенное настроение, многоречивость. Как видно из материалов уголовного дела, в состоянии алкогольного опьянения зашел к знакомым, стал предъявлять им непонятные претензии, нецензурно бранился, был агрессивен. При задержании работниками милиции был возбужден, громко пел, декламировал стихи. При судебно-психиатрическом освидетельствовании патологии со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено. Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации некритичен.

Задача 2

Испытуемая А., 19 лет, является свидетелем в деле по обвинению ее матери в убийстве. Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов испытуемой известно, что отец страдал алкоголизмом, в состоянии опьянения был конфликтным, злобным, избивал ее мать. С пятилетнего возраста у испытуемой появились судорожные припадки с потерей сознания, и ей устанавливался диагноз: «Эпилепсия». В первые годы припадки повторялись 1–2 раза месяц, малые припадки 1–2 раза в день. Постоянно получала противосудорожную терапию, неоднократно стационировалась в психиатрические больницы. Под влиянием лечения вначале прекратились малые припадки, а затем и большие. Однако при отмене терапии они возобновились. В школу пошла с восьми лет, училась удовлетворительно, со школьной программой справлялась. Окончила девять классов и поступила в агротехнический лицей, на кулинарное отделение, но обучение не окончила в связи с переездом семьи в другой город. В дальнейшем нигде не училась и не работала, так как на новом месте жи-

тельства не имела прописки. Как видно из материалов уголовного дела, 19 июня после ссоры с отцом мать испытуемой нанесла ему спящему удары по голове, а затем позвала испытуемую и попросила ее помочь спрятать труп в шкаф в коридоре. В своих первых показаниях испытуемая – единственный свидетель происшедшего – сообщила, что отец пьянствовал, нигде не работал, избивал ее и мать, угрожал им, и во время ссоры мать ударила отца топором по голове. В других показаниях она сообщила, что мать убила отца не во время ссоры, а на следующий день нанесла ему спящему удары по голове, а затем позвала испытуемую и попросила ей помочь спрятать труп в шкаф в коридоре. Затем А. опять изменила показания и сообщила, что не видела самого факта убийства, она якобы не заходила в комнату отца, не знает, что там делала мать и вообще ничего не помнит о случившемся.

При обследовании установлено: со стороны внутренних органов без патологии. Нервная система: рассеянная неврологическая симптоматика, на электроэнцефалограмме выявлены умеренные изменения по органическому типу, в правой височно-теменной области эпилептоидная активность. Заключение консультанта-невропатолога: «Эпилепсия с редкими большими и малыми припадками и дисфориями». Психическое состояние: испытуемая в ясном сознании. Охотно беседует, иногда улыбается, правильно и последовательно сообщает о себе сведения, подробно описывает свое заболевание, частоту приступов, положительные результаты лечения, говорит, что в течение последних двух лет был один припадок. Жалуется на периодические головные боли, снижение памяти. Рассказывает, что иногда без видимой причины у нее отмечаются колебания настроения – «могу быть доброй или злой». Периоды раздражительности и злобности продолжаются несколько часов. А вообще по характеру она добрая, спокойная, любит порядок, «чтобы каждая вещь лежала на своем месте». Обиду помнит долго, при случае старается отомстить. Крайне неохотно рассказывает о правонарушении, при этом плачет, волнуется, жалеет мать, к которой очень тепло относится. Более подробно описать происшедшее отказывается, но говорит, что «все помнит». Мышление несколько обстоятельное, интеллектуальный уровень невысок. Мнестические процессы сохранены.

Задача 3

Гражданин А., 20 лет, обвинявшийся в хулиганстве, был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В ходе экспертного исследования установлено следующее. Отец и брат испытуемого страдают шизофренией. Ему самому в детстве рекомендовалась консультация психиатра. А. формировался подвижным, общительным. За ним замечались повышенная обидчивость и плаксивость. Учился удовлетворительно. По окончании 8-го класса поступил в техникум. Во время обучения нарушал дисциплину, пропускал занятия, конфликтовал с преподавателями, из-за чего учебу в техникуме оставил. Позже по направлению военкомата учился на курсах шоферов. С 14-16 лет А. периодически испытывал непреодолимое желание «в одиночестве бродить по лесу». Часто уходил из дома, бродяжничал. По характеру резко изменился, став раздражительным и легко возбудимым. Без видимой причины испытывал чувство усталости. С 17 лет начал «слышать голоса», нецензурно бранящие его. Систематически употреблял спиртные напитки. В состоянии опьянения становился злобным и агрессивным, угрожал матери. Хотя сам он утверждал, что алкоголь делает его более оживленным и жизнерадостным. После того как рассказал матери о «голосах», был госпитализирован в психиатрическую больницу. В приобщенной к делу медицинской документации отмечалось, что А. при поступлении в больницу жаловался на «голоса, которые его ругали». В отделении был «эмоционально холоден, крайне формален» «держался обособленно». Плохо спал, затыкал уши, заявлял, что слышит голоса. Дома оставался замкнутым, молчаливым, быстро утомляемым, днем спал. Устраивался слесарем, столяром, водителем. Однако периодически не выходил на работу, днями лежал на диване, ничем не занимался. В армии не служил в связи с привлечением к уголовной ответственности. При поступлении на экспертизу А. формально доступен контакту, правильно ориентирован в месте и времени. Выглядит тоскливым, несколько настороженным. Мимика неадекватна и немного однообразна. Иногда он улыбается, гримасничает, порой застывает в одной позе, неподвижно глядя в одну точку. К обследованию относится противоречиво: просит «побеседовать с ним, однако на вопросы отвечает неохотно, порывается встать и уйти. Склонен к нецеленаправленному, порой многословному рассуждательству. Жалуется на «голоса». В целом испытуемый эмоционально однообразен, безынициативен, противоречив. Вместе с тем категорически отрицает свою вину в содеянном.

Задача 4

Соколова С.И., 79 лет, проходила судебно-психиатрическую экспертизу, являясь истицей в деле о признании брака недействительным. Мать подэкспертной страдала выраженными расстройствами памяти, умерла в психоневрологическом интернате. Соколова развивалась правильно, окончила среднюю школу, техникум, работала инженером в строительном тресте. Первый раз вышла замуж в возрасте 20 лет, имела от этого брака сына. Ее первый муж погиб во время Великой Отечественной войны. Со вторым мужем она состояла в браке в течение двух недель только юридически. В возрасте 40 лет она вышла замуж в третий раз. Муж умер, когда ей было 76 лет. Вскоре умер и сын. Затем ее познакомили с мужчиной, который был моложе ее на 19 лет. Она сразу же зарегистрировала с ним брак, а спустя 2 месяца обратилась в суд с иском о признании брака недействительным. В исковом заявлении указано, что до регистрации брака ответчика практически не знала, их познакомила ее подруга. В заявлении также отмечено, что после регистрации в квартире Соколовой, ее муж угрожал ей, отнял у нее драгоценные вещи, занял одну из комнат квартиры, куда врезал замок и не пускает ее. Общего хозяйства они не ведут, питаются отдельно. Сначала она была осмотрена врачом психоневрологического диспансера, куда пришла в сопровождении родственников. Во время осмотра выглядела гипомимичной. Рассказывала обо всем равнодушно. Не могла вспомнить, сколько ей лет, не называла текущей даты. Затруднялась назвать даты смерти сына и последнего мужа. О прошлых событиях рассказывала подробно. Говорила, что с новым мужем их познакомила подруга, она зарегистрировала брак, так как одной жить трудно, надеялась на его помощь. Жаловалась, что он угрожал ей, отнял золотое кольцо. Не сразу вспомнила его фамилию, не могла назвать его имя и отчество, дату регистрации брака и его прописки в ее квартиру. Жаловалась на плохую память, головокружение, головную боль, сниженное настроение. Ей был установлен диагноз. Два месяца позднее подэкспертная была осмотрена комиссией врачей-психиатров. В тот период была благодушно-беспечной, беспричинно улыбалась. Вопросы осмысливала не сразу, иногда только после неоднократного их повторения. Давала противоречивые, взаимоисключающие ответы, даже не замечая этого. Затруднялась при датировании тех или иных событий своей жизни, при этом заметно раздражалась, становилась гневливой. Не сразу отвечала на вопрос о ее возрасте, сначала сказала, что ей «лет 50—60», а затем назвала правильную дату рождения. Спустя несколько минут, вновь не могла вспомнить, сколько ей лет, путала количество и продолжительность браков, имена и фамилии мужей. Не могла точно указать дату регистрации последнего брака. Сообщила, что после смерти мужа, с которым она прожила много лет, ей было скучно, она все время плакала, поэтому по совету знакомых решила выйти замуж вновь. О последнем муже — ответчике — говорит противоречиво. По ее словам, он хороший человек, здесь же говорит, что он грубый, зачем-то показывал ей финский нож. Говорила, что ему нужна ее квартира. Рассказывала обо всем беспечно, с улыбкой. Легко соглашалась как на сохранение брака, так и на признание его недействительным. Цель освидетельствования не осмысляла.

При судебно-психиатрической экспертизе установлено следующее. Внешне опрятна, аккуратна. Охотно беседует. Часто улыбается. Не может назвать текущие год и месяц, свой возраст. О прошлой жизни рассказывает подробно, но путано, со всем соглашается. Путает даты регистрации и прекращения браков, причины их расторжения. Также не может сообщить дату смерти сына, причину его смерти. Паспортных данных ответчика назвать не может, о жизни с ним говорит противоречиво. По-разному говорит об отношениях с семьей своего сына, сначала рассказывает, что они совсем забыли ее, не уделяют ей внимания, не пригласили на похороны сына, здесь же утверждает, что они заботятся о ней, убирают в ее квартире, приносят продукты. Повышенно раздражительна, гневлива, затем быстро успокаивается, улыбается. Повышенно внушаема, со всем соглашается, затрудняясь что-либо вспомнить, пояснить, она принимает любую подсказку и суждение. Критические способности нарушены.

Задача 5

У больного появилось недовольство тем, что жена слишком оживлена в компании, кокетничает с молодыми людьми, подчеркнуто развязно танцует; он подметил, что и на улице жена как-то «умышленно» привлекает к себе своим поведением внимание мужчин, краснеет при встрече с ними. Поведение ее дома также вызывало подозрение. Казалось, что она стала неоткровенной, невнимательной,

холодной в интимной жизни. Через 2 года возникла уверенность, что жена находится в связи с определенным лицом или несколькими лицами (соседями, сотрудниками, начальником, родственниками). При этом больной обнаруживал все новые и новые признаки неверности: отмечал, что жена слишком тщательно одевается, собираясь на работу, и делал вывод, что предосудительные встречи происходят на службе. В ванной комнате изменилось расположение туалетных принадлежностей – по-видимому, она пользовалась ими после встречи с любовником; уменьшилось количество вина в графине – кого-то угощала и т.д. Семейные ссоры становились обыденным явлением. Поводом могло послужить незначительное опоздание с работы, «подозрительное пятно» на платье или белье, визит родственников и т.д. Жене запрещалось куда-либо ходить или разговаривать с посторонними. Больной требовал, чтобы она переменила место работы или оставила ее вовсе. В целях проверки и подтверждения своих подозрений муж обшаривал сумки жены, карманы, осматривал ее белье. Случалось, приходил к предполагаемым любовникам для «выяснения отношений», тайно проверял, с кем встречалась жена после работы. Приходя во внеурочное время домой, прятался на лестнице, в шкафу. Не обнаружив соперника, объяснял это изощренной конспирацией жены и ее любовников и с еще большей настойчивостью требовал признания в изменах. В связи с такого рода подозрениями был агрессивен по отношению к жене: наносил побои, угрожал расправой.

Задача 6

Гражданин И., 43 года, обвиняемый в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью потерпевшего, повлекшего его смерть, проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В процессе экспертизы установлено, что И. рос и развивался нормально. По характеру был спокойным, уравновешенным, никогда ни с кем не ссорился. Женат, имеет двоих детей. Работал лесотехником. Психическими заболеваниями не страдал. Перенес травму головы, после чего некоторое время испытывал головные боли. Алкоголем не злоупотреблял, хотя в последние годы стал хуже переносить спиртное – пьянел от малых доз выпитого. В последнее время у него вновь начались головные боли, появилась общая слабость, ухудшилась память. В день совершения инкриминируемого ему деяния компания из восьми человек, среди которых находился И., распила с утра 200 г водки, затем 0,5 литра вина и еще 0,5 литра водки. Впечатления пьяного человека И. не производил, спокойно беседовал с гр-ном Н. Вскоре после этого бывшие неподалеку люди услыхали громкий крик И.: «враги, враги!» и увидели его с ножом в руке рядом с раненным в шею Н. По показаниям свидетелей, вид у И. был страшный, он громко кричал, замахивался на окружающих ножом, называл их врагами. Будучи связанным, И. молчал, только «дико наблюдал за происходящим глазами». Когда его развязали, он пнул ногой одного из освобождавших и ушел. Вечером жена обнаружила И. стонущим на крыльце своего дома. На вопросы он не отвечал, кричал, что кругом враги. В доме лежал на полу и диване, «вид у него был страшный». Издавал при этом странные звуки, но на вопросы не реагировал. Часа через 2–3 пришел в себя, ничего не помня с момента, когда выпивал в компании. В период экспертного исследования у И. не было выявлено признаков психического заболевания.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов, решения вопросов о вменяемости и дееспособности, определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Обсуждение обзора научных статей ведущих психиатрических журналов на тему «Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе», «Проблема дееспособности и ограниченной дееспособности в современной судебной психиатрии».

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. История возникновения и развития психиатрии
2. Предмет и задачи судебной психиатрии
3. Организация судебно-психиатрической экспертизы

4. Основы законодательства по судебно-психиатрической экспертизе
5. Проведение судебно-психиатрической экспертизы
6. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе
7. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе
8. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста
9. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних
10. Комплексные экспертизы, показания, особенности для проведения

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. В каких случаях проводится судебно-психиатрическая экспертиза?
   а) по требованию родственников
   б) по определению суда или постановлению следователя
   в) по требованию правозащитных организаций
   г) по требованию подследственных
2. Какие критерии включает формула невменяемости?
   а) медицинский
   б) психиатрический
   в) юридический.
   г) социальный.
   д) эпидемиологический
3. Что является обязательным условием для первичного освидетельствования психически больного, не опасного для себя и окружающих?
   а) согласие родственников
   б) направление участкового врача
   в) заявление соседей
   г) просьба общественных организаций
   д) согласие больного
4. Что предусматривает консультативный учет в психоневрологическом диспансере?
   а) регулярное посещение врачом больного на дому
   б) приглашение больному посетить психоневрологический диспансер
   в) осмотр больного по его инициативе
   г) все вместе
5. В каких случаях проводится судебно-психиатрическая экспертиза?
   а) по требованию родственников
   б) по определению суда или постановлению следователя
   в) по требованию правозащитных организаций
   г) по требованию подследственных
6. Медицинский критерий невменяемости представляет собой обощающий перечень психических болезненных расстройств, к которому не относится:
   а) алкоголизм
   б) хроническое психическое расстройство
   в) слабоумие
   г) иное болезненное состояние психики
   д) временное психическое расстройство
7. Юридический критерий невменяемости включает в себя следующие признаки:
   а) интеллектуальный
   б) эмоциональный
   в) волевой
   г) внимание
   д) все перечисленое
8. Сознательное преувеличение существующих болезненных явлений с целью добиться желаемого решения экспертизы называется:
   а) симуляцией
   б) метасимуляцией

в) диссимуляцией
г) аггравацией

9. Метод наблюдения позволяет выявить:
а) диссимуляцию
б) изменение психического состояния больного
в) возможность агрессивных действий
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

10. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи:
а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
б) объективную оценку динамики биохимических показателей в процессе терапии
в) оценку степени нарушений психической деятельности
г) ни одну из перечисленных
д) все перечисленные

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

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине
Подготовить обзор научных статей ведущих психиатрических журналов на тему: «Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе», «Проблема дееспособности; ограниченной дееспособности в современной судебной психиатрии».

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
7. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
8. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Раздел 9: Основы медико-социальной и военной экспертизы психически больных
Тема 9.1: Организация медико-социальной и военной экспертизы

Цель: способствовать закреплению знаний и формированию умений по проведению медико-социальной и военной экспертиз

Задачи:

1. Рассмотреть особенности работы психиатра в проведении медико-социальной и военной экспертиз психически больных
2. Изучить методы проведения медико-социальной и военной экспертиз
3. Обучить практическим навыкам проведения медико-социальной и военной экспертиз

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

- из общей психопатологии: симптомы нарушений основных психических функций;
- из социально-трудовой медицины: основы законодательства РФ при проведении медико-социальной экспертизы.

2) После изучения темы:

- Виды медико-социальной экспертизы, их характеристика, показания.
- Виды военной экспертизы, их характеристика, показания

Обучающийся должен уметь:

- определять показания для направления пациентов с психическими расстройствами на медико-социальную и военную экспертизы
- заполнять медицинскую документацию на пациентов с психическими расстройствами для прохождения медико-социальной экспертизы
- заполнять медицинскую документацию на пациентов с психическими расстройствами для прохождения военной экспертизы

Обучающийся должен владеть:

- навыками проведения медико-социальной и военной экспертиз
- навыками заполнения медицинской документации на пациентов с психическими расстройствами для прохождения медико-социальной и военной экспертиз

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Основные принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ).
2. Врачебная экспертиза при психических заболеваниях (нормативные документы).
3. Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности.
4. Определение временной нетрудоспособности.
5. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности.
6. Сроки временной нетрудоспособности.
7. Показания к направлению на МСЭ
8. Группы инвалидности при психических заболеваниях
9. Военная экспертиза при психических заболеваниях.

2. Практическая подготовка.

Отработка практических навыков

- проведения медико-социальной и военной экспертиз
- заполнения медицинской документации при госпитализации пациентов в психиатрический стационар для прохождения медико-социальной и военной экспертиз

3. Решить тестовые задания:

1. Инвалидность - это:
   а) стойкая и длительная утрата трудоспособности;
   б) ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты;
   в) состояние ограниченной функциональной активности организма;
   г) потребность в медико-социальной помощи.
2. Выберите правильные определения понятия инвалидность:
   а) состояние полного физического, душевного и социального благополучия;

б) физическое, душевное и социальное неблагополучие;

в) социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;

г) стойкая и длительная утрата трудоспособности;

3. Инвалид - это:

а) лицо с незначительными нарушениями здоровья;

б) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;

в) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы

г) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма

4. Понятие, входящее в классификацию основных категорий жизнедеятельности:

а) способность к сохранению здоровья;

б) способность к обучению в общеобразовательных учреждениях;

в) способность к воспроизводству;

г) способность к ориентации.

5. Сколько степеней входят в классификацию нарушений функций организма по степени выраженности:

а) I

б) II

в) III

г) IV

6. Критерии служащие для определения I группы инвалидности:

а) способность к самообслуживанию II степени;

б) способность к передвижению и ориентации III степени;

в) способность к ориентации I степени;

г) способность к занятиям легкими видами спорта.

7. Гражданину, не признанному инвалидом, выдается:

а) направление на медико-социальную экспертизу;

б) программа реабилитации или абилитации;

в) справка о результатах проведенной экспертизы (по его желанию);

г) не выдается ничего.

8. Военно-врачебная экспертиза в Вооруженных Силах проводится:

а) в мирное время;

б) в военное время;

в) во время локальных вооруженных конфликтов;

г) в мирное и военное время.

9. При стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой ЧМТ, граждане, проходящие военную службу по призыву, признаются:

а) годными к военной службе;

б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;

в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе.

10. Граждане, проходящие военную службу по призыву и страдающие аффективным психозом с часто повторяющимися фазами, признаются:

а) годными к военной службе;

б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;

в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе.

11. Граждане, при первичной постановке на воинский учет и страдающие аффективными психозами с редкими приступами и длительными промежутками полного психического здоровья, признаются:

а) годными к военной службе;

б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;

в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе.

12. Граждане, при первичной постановке на воинский учет и страдающие симптоматическими психозами при резко выраженных стойких психических нарушениях признаются:

а) годными к военной службе;

б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;

в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе

Ответы на тесты: 1-б, 2-в, 3-б, 4-г, 5-в, 6-б, 7-в, 8-г, 9-б, 10-д, 11-в, 12-г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- выделить симптомы, синдромы.
- поставить предварительный диагноз.
- решить вопрос о целесообразности направления на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Больной К., 84 года, пенсионер. Поступление в стационар первичное. В течение последних пяти лет родственники отмечают прогрессирующее снижение памяти и интеллекта. Пациент самостоятельно не может сходить в магазин, пищу дома не готовит; выходя из дома самостоятельно, не может найти дорогу обратно.

Психическое состояние: сознание сохранено, называет свое имя, фамилию. Не знает свой возраст, место нахождения, текущую дату, год. Не может назвать время года, домашний адрес. Жалоб на здоровье не предъявляет. Причину госпитализации не знает, не знает дату госпитализации. Ответы односложные, смысл обращенных вопросов, окружающую обстановку недоосмысляет. Не может последовательно изложить анамнез жизни, не помнит события последних пяти лет. Эмоции малодифференцированные. Бреда, обманов восприятия нет. В поведении спокоен, пассивен, бездеятелен, окружающей обстановкой не тяготится. Себя не обслуживает.

При экспериментально-психологическом исследовании выявляется малопродуктивность психической деятельности, неспособность к сосредоточению внимания, значительное снижение памяти и интеллекта, отсутствие критических и прогностических способностей.

Решение.

У пациента имеются выраженное прогрессирующее нарушение памяти, которое проявляются в виде нарушения фиксации, хранения и воспроизведения информации: не помнит события последних пяти лет, дезориентирован во времени и месте, не знает дату госпитализации, домашний адрес. Данные нарушения свидетельствуют о наличии прогрессирующей амнезии. У пациента также имеются нарушения внимания в виде гипопрозексии (неспособность к сосредоточению внимания), нарушения эмоций в виде эмоционального оскудения, безразличия к окружающей обстановке, волевые нарушения в виде абулии (пассивность, бездеятельность). Выделенные нарушения высших психических функций свидетельствуют о наличии дементного синдрома (нарушения интеллекта), который подтверждается малопродуктивностью психической деятельности, невозможностью самообслуживания, отсутствием критических и прогностических способностей.

Предварительный диагноз «сосудистая деменция». Для уточнения диагноза необходимо провести КТ или МРТ головного мозга, провести нейропсихологическую диагностику, собрать подробный анамнез со стороны родственников.

Так как у пациента имеется признаки выраженных нарушений высших психических функций (памяти, внимания, интеллекта, воли) в сочетании с невозможностью самообслуживания, пациента необходимо направить на врачебную комиссию с дальнейшим направлением на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности.

Задача 2.

Пациент Г., 17 лет. Направлен на стационарное обследование для решения вопроса о годности к

военной службе. Из анамнеза: отец закончил жизнь самоубийством, воспитывался матерью Единственный ребенок в семье. В дошкольном возрасте отмечались эмоциональные реакции с раздражительностью, агрессивностью. В школе часто конфликтовал со сверстниками, учителями, без причины прогуливал уроки. В связи с частыми конфликтами и драками находился на внутришкольном учете. С возраста 13 лет начал употреблять алкоголь, курить. Дважды задерживался сотрудниками полиции в состоянии алкогольного опьянения. В возрасте 16 лет был привлечен к уголовной ответственности за грабеж, проходил судебно-психиатрическую экспертизу, поставлен диагноз: «социализированное расстройство поведения», признан вменяемым.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контакту доступен. Держится высокомерно, с переоценкой. Бреда, обманов восприятия нет. Запас общих знаний мал, но в бытовых вопросах ориентируется хорошо. Интеллект в пределах нормы. Настроение неустойчивое, раздражителен, быстро аффектируется. В отделении конфликтует с пациентами, медперсоналом, тяготится обстановкой, режиму подчиняется с трудом. К службе в армии относится отрицательно.

По данным экспериментально-психологического обследования отмечается несформированность и незрелость эмоционально-волевой сферы, склонность к спонтанным поступкам, выраженный риск психопатизации.

Решение.

1. У пациента имеются нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде раздражительности, агрессивности, склонности к нарушению общественного порядка, приему психоактивных веществ раннем возрасте, отсутствием способности контролировать свое поведение. Данные расстройства свидетельствуют о сформированности психопатического синдрома, который является стойким, проявляется в любой ситуации и приводит к социальной дезадаптации (триада П.Б. Ганнушкина).
2. Предварительный диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, отсутствие компенсации». Для подтверждения диагноза необходимы объективные характеристики, подтверждающие наличие сформированного специфического расстройства личности.
3. Данное расстройство личности является умеренно выраженной с неустойчивой компенсацией. Согласно Расписанию болезней (статья 18 б) граждане признаются ограниченно годными к военной службе в случаях прохождения военной службы по призыву и по контракту, не годными к службе в виде Вооруженных сил, по отдельным военно-учетным специальностям, не годными к поступлению в кадетские корпуса и военные ВУЗы.

Задача 3

Пациент Г., 17 лет. Направлен на стационарное обследование для решения вопроса о годности к военной службе. Из анамнеза: отец закончил жизнь самоубийством, воспитывался матерью Единственный ребенок в семье. В дошкольном возрасте отмечались эмоциональные реакции с раздражительностью, агрессивностью. В школе часто конфликтовал со сверстниками, учителями, без причины прогуливал уроки. В связи с частыми конфликтами и драками находился на внутришкольном учете. С возраста 13 лет начал употреблять алкоголь, курить. Дважды задерживался сотрудниками полиции в состоянии алкогольного опьянения. В возрасте 16 лет был привлечен к уголовной ответственности за грабеж, проходил судебно-психиатрическую экспертизу, поставлен диагноз: «социализированное расстройство поведения», признан вменяемым.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме, контакту доступен. Держится высокомерно, с переоценкой. Бреда, обманов восприятия нет. Запас общих знаний мал, но в бытовых вопросах ориентируется хорошо. Интеллект в пределах нормы. Настроение неустойчивое, раздражителен, быстро аффектируется. В отделении конфликтует с пациентами, медперсоналом, тяготится обстановкой, режиму подчиняется с трудом. К службе в армии относится отрицательно.

По данным экспериментально-психологического обследования отмечается несформированность и незрелость эмоционально-волевой сферы, склонность к спонтанным поступкам, выраженный риск психопатизации.

Решение.

У пациента имеются нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде раздражительности, агрессивности, склонности к нарушению общественного порядка, приему психоактивных веществ раннем возрасте, отсутствием способности контролировать свое поведение. Данные расстройства свидетельствуют о сформированности психопатического синдрома, который является стойким, проявляется в любой ситуации и приводит к социальной дезадаптации (триада П.Б. Ганнушкина).

Предварительный диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, отсутствие компенсации». Для подтверждения диагноза необходимы объективные характеристики, подтверждающие наличие сформированного специфического расстройства личности.

Данное расстройство личности является умеренно выраженной с неустойчивой компенсацией. Согласно Расписанию болезней (статья 18 б) граждане признаются ограниченно годными к военной службе в случаях прохождения военной службы по призыву и по контракту, не годными к службе в виде Вооруженных сил, по отдельным военно-учетным специальностям, не годными к поступлению в кадетские корпуса и военные ВУЗы

3) Задачи для самостоятельного решения

Задача 1

Пациентка К., 22 года. Поступила в стационар для решения вопроса о группе инвалидности. Из анамнеза: второй ребенок в семье, старшая сестра страдает умственной отсталостью. С детства отставала в интеллектуальном развитии, образование начала в общеобразовательной школе, после первого класса по решению ПМПК была переведена в коррекционную школу 8 типа. После окончания 9 классов окончила училище по специальности швея, работает по специальности. Не замужем, детей нет, проживает с родителями. Помогает родителем по дому, умеет сама готовить, ходит в магазин, себя обслуживает.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирована в полном объеме. Внешне опрятна. Контакту доступна, в беседе вежлива, ответы в плане вопросов. Бреда, обманов восприятия нет, жалоб на здоровье не предъявляет. Запас общих знаний мал, мышление конкретное, суждения легковесные, примитивные. Затрудняется в объяснении сложных пословиц и поговорок. Счет в пределах ста с ошибками. Настроение ровное. В поведении спокойна, упорядочена.

По данным экспериментально-психологического исследования IQ 64.

Задача 2

Пациент А., 18 лет. Доставлен в военный госпиталь из части, где проходил службу по призыву. На фоне неуставных взаимоотношений и конфликтов с сослуживцами снизилось настроение, нарушился сон, появились суицидальные мысли. В анамнезе характеризовался положительно, симптомов сниженного настроения и суицидальных попыток не отмечалось.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован правильно, контакту доступен. Отвечает односложно, тихим голосом. Мимика лица печальная. Бреда, обманов восприятия нет. Настроение снижено, фиксирован на взаимоотношениях с сослуживцами в части, считает, что не может проходить дальнейшую службу. Память, интеллект без патологии. В поведении спокоен.

Задача 3

Пациент В., 34 года. Образование высшие по специальности «инженер-теплотехник». Женат, от брака имеет двух детей. Поступление повторное. Выписан два года назад с диагнозом «острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизофрении». После выписки уволился с работы, так как считал, что сотрудники за ним «наблюдают, шпионят, докладывают о каждом его шаге начальству». Подрабатывал на случайных работах, в течение последнего года не работает. Направлен на лечение в связи с обострением психического расстройства.

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован правильно, контакту доступен. Во время беседы активно высказывает бредовые идеи отношения, преследования со стороны окружающих. В беседе подозрителен, напряжен, тревожен. Настроение неустойчивое, раздражителен. Отсутствие постоянной работы объясняет случайными факторами или недоброжелательным отношением к нему со стороны коллег.

Инструкции выполняет. Критики к болезненному состоянию нет.

Задача 4

Пациент Ф., 24 года. Доставлен в военный госпиталь из части, где проходил службу по контракту. Участвовал в боевых действиях. После очередного боя, в котором погибли его сослуживцы, стал беспокойный, возбужденным. Обвинял себя в гибели товарищей, считал, что в их гибели виноват он. Высказывал мысли о том, что рядом находятся предатели, «замаскированные враги». На этом фоне пытался их определить «с целью наказания».

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован правильно. Контакту доступен. Настроение неустойчивое, в беседе быстро меняется от плаксивого до злобного с раздражительностью. Фиксирован на последних событиях в части. Считает, что их «предали», обвиняет себя в гибели товарищей. Во время беседы обманы восприятия отрицает. Беспокоен, суетлив, места удерживается с трудом.

5. Задания для групповой работы

Решение ситуационных задач по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов, решения вопросов о представлении на МСЭ для определения группы инвалидности, определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Осмотр пациентов по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов, решения вопросов о степени годности к военной службе, определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Основные принципы МСЭ.
2. Врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях.
3. Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности.
4. Определение временной нетрудоспособности.
5. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности.
6. Сроки временной нетрудоспособности.
7. Показания к направлению на МСЭ.
8. Группы инвалидности при психических заболеваниях.
9. Военная экспертиза при психических заболеваниях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Критерии служащие для определения II группы инвалидности:
   а) способность к самообслуживанию и ориентации II степени;
   б) способность к обучению в общих учебных заведениях;
   в) способность к ориентации I степени;
   г) способность к общению I степени.
2. Критерии для определения III группы инвалидности:
   а) способность к передвижению и обучению I степени;
   б) способность к обучению II степени;
   в) способность к общению III степени.
3. Обязанности, возлагающиеся на государственную службу медико-социальной экспертизы:
   а) лечение и реабилитация инвалидов;
   б) определение группы инвалидности, ее причины и сроков;
   в) оказание медико-социальной помощи инвалидам;
   г) социальная защита инвалидов.
4. Окончательное решение о необходимости направления больного на медико-социальную экспертизу принимает:
   а) лечащий врач;
   б) заведующий отделением;
   в) заместитель главного врача по КЭР;

г) врачебная комиссия;
д) главный врач.

5. Сроком переосвидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы инвалидов III группы (за исключением случаев установления инвалидности без указания срока переосвидетельствования) является
а) 6 месяцев
б) 1 год
в) 2 года
г) 3 года

6. Группа инвалидности устанавливается
а) заместителем главного врача по экспертизе трудоспособности
б) клинико-экспертной комиссией
в) медико-социальной экспертной комиссией
г) заведующим отделением

7. Граждане, при первичной постановке на воинский учет при наличии легкого и кратковременного астенического состояния после острого симптоматического заболевания экзогенной природы, признаются:
а) годными к военной службе;
б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;
в) ограниченно годными к военной службе;
г) временно не годными к военной службе.

8. Граждане, проходящие военную службу по контракту и страдающие невротическими расстройствами с умеренно выраженными, длительными или повторными болезненными состояниями:
а) годными к военной службе;
б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;
в) ограниченно годными к военной службе;
г) не годными к военной службе.

9. Граждане, при первичной постановке на воинский учет и страдающие невротическими расстройствами с умеренно выраженными, кратковременными болезненными проявлениями с исходом в легкую астению, признаются:
а) годными к военной службе;
б) временно не годными к военной службе;
в) ограниченно годными к военной службе;
г) не годными к военной службе.

10. Граждане при первичной постановке на воинский учет и страдающие с умеренно выраженными расстройствами личности с неустойчивой компенсацией или компенсированными признаются:
а) годными к военной службе;
б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;
в) ограниченно годными к военной службе;
г) не годными к военной службе.

11. Граждане, проходящие военную службу по призыву и страдающие расстройством личности со стойкой компенсацией личностных реакций, признаются:
а) годными к военной службе;
б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;
в) ограниченно годными к военной службе;
г) не годными к военной службе.

12. Граждане, при первичной постановке на воинский учет при начальных проявлениях хронического алкоголизма, признаются:
а) годными к военной службе;
б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;
в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе.

13. Граждане, при первичной постановке на воинский учет и страдающие умственной отсталостью в форме дебильности в умеренно выраженной и легкой степени, признаются:

а) годными к военной службе;

б) годными к военной службе с незначительными ограничениями;

в) ограниченно годными к военной службе;

г) не годными к военной службе

Ответы на тесты: 1-а, 2-а, 3-б, 4-г, 5-б, 6-в 7-г, 8-в, 9-б, 10-в, 11-б, 12-в, 13-в

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Организация медико-социальной экспертизы и военной экспертизы»

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022
3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

1. Психосоматические расстройства: руководство / В.Д. Тополянский и др. - М.: Гэотар-Медиа, 2021
2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020
3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021
4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.
5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022
6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020
8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Дополнения и изменения в приложение А рабочей программе учебной дисциплины «ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия (3++)
Профиль - Психиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева
Авторы: заведующий кафедрой М.В. Злоказова

На 2024 / 2025 учебный год в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

Тема 5.3: Аффективные расстройства – дополнить и читать в следующей редакции:

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

Задачи:

1. Рассмотреть симптомы и синдромы, дифференциальную диагностику и терапию аффективных расстройств.
2. Изучить методы диагностики и терапии аффективных расстройств у пациентов, особенности оформления документации (заполнение амбулаторных карт, историй болезни и др.).
3. Изучить причины суицидов и суицидальных попыток, виды, методы выявления, тактику врача при суицидальной настроенности и особенности работы с суицидентами.
4. Обучить практическим методам обследования пациентов с аффективными расстройствами, назначению терапии и проведению психопрофилактики.

Обучающийся должен знать:

1) До изучения темы:

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

2) После изучения темы:

- этиопатогенез и клинику аффективных расстройств
- методы диагностики аффективных расстройств
- причины суицидов и суицидальных попыток, виды, методы выявления суицидальной настроенности, тактика при суицидальной настроенности и особенности работы с суицидентами
- терапию аффективных расстройств и профилактику обострений

Обучающийся должен уметь:

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

Обучающийся должен владеть:

- навыками выявления основных психопатологических синдромов аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками выявления аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками назначения терапии аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыками проведения профилактики аффективных расстройств и суицидов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Аффективные расстройства, определение, классификация.
2. Типы течения аффективных расстройств.

3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, типы течения
4. Биполярное аффективное расстройство, дифференциальная диагностика.
5. Биполярное аффективное расстройство, терапия.
6. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Степени тяжести депрессивной фазы.
7. Варианты типичных депрессий.
8. Клиника атипичных депрессий, в том числе маскированной депрессии.
9. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
10. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
11. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
12. Понятие циклотимии и дистимии, клиника, терапия.
13. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
14. Методы выявления суицидальной настроенности.
15. Тактика врача и неотложная помощь при суицидальных тенденциях.
16. Профилактика суицидов.

2. Практическая подготовка.

2.1. Отработка практических навыков под руководством преподавателя:

- навыки выявления основных психопатологических синдромов аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки выявления аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки назначения терапии аффективных расстройств и суицидальной настроенности
- навыки проведения профилактики аффективных расстройств и суицидов
- заполнение историй болезни, написание дневников наблюдений

Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения. Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов психотерапевтической и психологической реабилитации.

2.2. Решение кейсов с дальнейшим обсуждением в группе для определения тактики действий врача-психиатра

Пример решения кейса с разбором по алгоритму

Кейс 1.

Мама Дианы, 13 лет, обратилась к психиатру с тем, что ее дочь последние 2-3 месяца находится в подавленном настроении, дома с родителями общается избирательно (иногда может сама вступить в контакт, рассказать о проблемных отношениях с педагогами в школе или со сверстниками, а иногда категорично отказывается от общения). Дома практически всегда находится в своей комнате, при этом в течение полугода не дает родителям заходить в нее, утверждая, что это ее личное пространство. При попытке мамы зайти в комнату, даже в ее отсутствие, дочь возбуждается, кричит, ругается, иногда дерется.

Мама высказывает озабоченность тем, что 3 дня назад находила у дочери в комнате бритву с засохшими каплями крови, а на внутренних областях запястий видела следы порезов, но при этом девочка не дает себя осмотреть и постоянно носит одежду с длинными рукавами. На просьбы мамы обратиться к врачу или психологу дочь реагирует грубыми ругательствами.

В 11,5 лет девочка во время конфликтной ситуации дома угрожала выпрыгнуть в окно, мамой была вызвана скорая помощь, в присутствии врачей дочь успокоилась, в последующем по данному факту была проведена профилактическая беседа с участковым УМВД по делам несовершеннолетних, но психологической помощи по этому случаю семья не получала в связи с отказом дочери от посещения специалистов.

Учится хорошо-удовлетворительно, уроки делает не всегда добросовестно. Классный руководитель характеризовала ученицу как положительную.

Материалы для решения:

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Кировской области от 26.08.2024 №8/29 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних»

Вопросы к кейсу №1:

- Представьте алгоритм действий психиатра в данной ситуации.
- Наличие каких симптомов является неотложным показанием для госпитализации?
- Поставьте предварительный диагноз.

Решение

1 вариант. Провести консультацию психиатра и при наличии показаний для неотложной госпитализации (выявление суицидальных мыслей и намерений, наличие свежих глубоких шрамов) направить в психиатрический стационар в недобровольном порядке (согласно статье 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

2 вариант. При отсутствии показаний для недобровольной госпитализации постараться убедить родителей (мать) в необходимости стационарного обследования пациентки с учетом жалоб и поведения для определения степени суицидального риска и наличия психического расстройства. Госпитализировать в этом случае возможно, если будет получено согласие родителей.

*3 вариант***.** При категорическом отказе девочки и родителей в случае отсутствия суицидального риска обследование психиатра, психотерапевта, медицинского психолога. При постановке диагноза психического расстройства (предварительный диагноз: Смешанное расстройство эмоций и поведения? Депрессивное расстройство? Шизофрения?) назначение медикаментозного лечения, психотерапия индивидуальная, семейная.

В случае нанесения повторных самопорезов или иных самоповреждающих действий, возникновения реакции возбуждения с суицидальными высказываниями, рекомендовать вызвать бригаду скорой помощи.

В день обращения мамы с дочерью за медицинской помощью, в случае наличия суицидальных мыслей и суицидальных действий, врач-психиатр передаёт в УМВД информацию о пациенте, имеющем риск суицидального поведения с обоснованиями (из психиатрического статуса, сделанного после осмотра).

Кейс 2

Маргарита, 16 лет, ученица 10 класса. На профилактическом осмотре врачом-психиатром у девушки выявлены розовые рубцы от порезов в области внешней стороны предплечий (свежих порезов не наблюдается). При осмотре девушка беседует активно, отмечает ситуационные перепады настроения, нарушения засыпания и колебания аппетита. Комментирует, что наносила порезы в состоянии тревожных переживаний для снятия напряжения. Суицидальные мысли отрицает.

В беседе отмечает сложности во взаимоотношениях со сверстниками, мало друзей, напряженные отношения с мамой в связи с конфликтами по бытовым вопросам. Соглашается обратиться к психологу и психотерапевту, но боится, что мама будет недовольна этим.

Девушка учится хорошо, старательная, быстро утомляется на фоне школьных нагрузок.

Материалы для решения:

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Кировской области от 26.08.2024 №8/29 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних»

Стандартная операционная процедура для врача-психиатра, осуществляющего профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних 14-17 лет (утверждена в КОГБУЗ «Детский клинический консультативно-диагностический центр» (ДДЦ).

Вопросы к кейсу №2:

- Что должен сделать врач после профосмотра девушки?
- Представьте алгоритм межведомственного взаимодействия, который должен быть реализован в данном случае врачом и другими специалистами

Решение

1) Рекомендовать девушке консультацию педагога-психолога школы и психиатра или

психотерапевта КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья детей имени академика В.М. Бехтерева»;

2) В день профосмотра сообщить социальному работнику детской поликлиники ДДЦ о необходимости подачи информации в УМВД об обучающемся, имеющем риск суицидального поведения, с обоснованиями (описание характера самопорезов).

3) Передача рекомендаций врача-психиатра, выданных после профосмотра, социальному работнику детской поликлиники ДДЦ.

4) Социальный работник детской поликлиники ДДЦ в течение 2-х рабочих дней передает рекомендации под подпись родителям девушки о необходимости обеспечения консультации дочери психиатром или психотерапевтом КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья детей имени академика В.М. Бехтерева».

5) Социальный работник детской поликлиники ДДЦ по просьбе родителей помогает организовать первичную консультацию психиатра или психотерапевта в ближайшие сроки в порядке очереди.

6) Социальный работник детской поликлиники ДДЦ в течение 30 рабочих дней проверяет информацию у родителей о посещении психиатра или психотерапевта.

7) При самостоятельном обращении обучающегося к педагогу-психологу школы осуществляется динамическое психологическое сопровождение (диагностика, консультирование, психологическая коррекция); при нарастании психопатологической симптоматики родителям выдаётся под роспись рекомендация обеспечить ребенку консультацию психиатра или психотерапевта с обязательным уведомлением об этом образовательной организации

Кейс 3.

Вы находитесь в общеобразовательной школе. Вам сообщили, что на территории школы обнаружен ученик 8 класса Петров Петя, 14 лет, который сидит на земле, размахивает руками, выкрикивает отдельные слова, несвязанные между собой, речь невнятная, глаза «стеклянные», зрачки расширены, рядом с ним нашли обожженную «пипетку».

Материалы для решения:

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Кировской области от 26.08.2024 №8/29 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних»

Вопросы к кейсу №3:

Представьте алгоритм ваших действий:

- в отношении ученика;
- в отношении окружающих/ присутствующих детей и взрослых;
- по взаимодействию с внутришкольными структурами и специалистами;
- по межведомственному взаимодействию

Решение

1) Изолировать несовершеннолетнего от других несовершеннолетних.

2) Срочно вызвать медицинского работника школы, бригаду СМП.

3) Информировать родителей (или иных законных представителей).

4) Информировать директора школы, который передает информацию о факте выявления учащегося с признаками опьянения в территориальный орган УМВД

Кейс 4.

Вы в течение последнего месяца стали замечать, что ученик 10 класса Иванов Иван, 16 лет, стал без уважительной причины пропускать уроки, внешний вид неопрятен, на уроках сонлив, концентрация внимания снижена, наблюдаются перепады настроения без видимой причины, общается с группой подростков, состоящих на учете в ПДН за употребление ПАВ. Ранее в употреблении ПАВ замечен не был, на учете не состоит

Материалы для решения:

Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве

Кировской области от 26.08.2024 №8/29 «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних»

Статьи 20 и 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Вопросы к кейсу №4:

Представьте алгоритм внутришкольного и межведомственного взаимодействия со стороны:

- социального педагога школы;
- педагога-психолога школы;
- классного руководителя;
- заместителя директора

Решение

1) Пригласить на беседу в школу родителей (или иных законных представителей).

2) Рассказать родителям (или иным законным представителям) о Ваших подозрениях, что их ребенок употребляет ПАВ.

3) Рекомендовать родителям (или иным законным представителям) обратиться в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» за анонимной консультацией (бесплатно).

4) Дать контактные данные КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер»

3. Решить тестовые задания:

1. Основными характеристиками биполярного аффективного расстройства являются (3 варианта)

а) фазный характер течения

б) сезонный характер обострений

в) усложнение психопатологической структуры

г) отсутствие личностных изменений

2. Для выраженной депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)

а) идеи преследования

б) витальный характер депрессии

в) суицидальные мысли

г) отсутствие аппетита

3. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления (3 варианта)

а) тахикардия

б) брадикардия

в) похудание

г) запоры

4. При острых маниакальных состояниях мерами неотложной помощи являются (2 варианта)

а) неотложная госпитализация пациента в психиатрический стационар

б) амбулаторное лечение у психиатра

в) строгий надзор (высокая вероятность неожиданных поступков, агрессии)

г) введение антидепрессантов

5. Для алгического варианта маскированных депрессий характерно (3 варианта)

а) нарушение сна

б) раздражительность

в) оптимистический характер настроения

г) разнообразные алгии

Ответы на тестовые задания: 1- а, б, г; 2- б, в, г; 3- а, в, г; 4- а, в; 5- а, б, г

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- выделите ведущие симптомы и синдромы,
- поставьте диагноз
- назначьте терапию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Пациент Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шутливой 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.

Решение

1. Симптомы: эйфория, чрезмерная активность, несмотря на переутомление, и общительность, быстрая речь, переключаемость, идеи величия. Синдром: маниакальный
2. Диагноз: необходимо дифференцировать маниакальный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное.
3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу.
- нейролептики с седативным действием (аминазин, оланзепин или клопиксол); нормотимики (соли лития)

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нормотимиками, неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация.

Задача 2.

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

Решение

1. Симптомы: снижение настроенния, страх, трудности с выполением работы, снижения аппетита, наличие суицидальных мыслей, а также наличие возбуждения, суетливость, заламывание рук. Синдром: тревожно-депрессивный с элементами ажитированной депресиии
2. Диагноз: необходимо дифференцировать депрессивный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное.
3. Тактика терапии

- госпитализация в психиатрическую больницу.
- антидепрессанты с седативным действием (амитриптилин в/в, затем с переходом на per os); нормотимики (соли лития или карбамазепин)

4. Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, длительная противорецидивная терапия нормотимиками, неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациентка 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.

Задача 2

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

Задача 3

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

5. Задания для групповой работы:

Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами для постановки диагноза, Осмотр пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, синдромов, изучением данных, имеющихся обследований для постановки диагноза определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Аффективные расстройства, определение, классификация.
2. Типы течения аффективных расстройств.
3. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, типы течения
4. Биполярное аффективное расстройство, дифференциальная диагностика.
5. Биполярное аффективное расстройство, терапия.

6. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Степени тяжести депрессивной фазы.
7. Варианты типичных депрессий.
8. Клиника атипичных депрессий, в том числе маскированной депрессии.
9. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
10. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
11. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
12. Понятие циклотимии и дистимии, клиника, терапия.
13. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
14. Методы выявления суицидальной настроенности.
15. Тактика врача и неотложная помощь при суицидальных тенденциях.
16. Профилактика суицидов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основной характеристикой маскированных депрессий является (3 варианта)

а) выраженность аффективного компонента
б) отсутствие жалоб на сниженное настроение
в) малая интенсивность аффективного компонента
г) наличие соматических признаков депрессии

2. Классическая депрессивная триада характеризуется (3 варианта)

а) снижением настроения
б) двигательным торможением
в) двигательным возбуждением
г) идеаторным торможением

3. К соматическим признакам депрессии относятся (3 варианта)

а) запоры
б) дисменорея
в) похудание
г) васкулиты

4. Маниакальная триада характеризуется (3 варианта)

а) повышенным настроением
б) двигательным торможением
в) ускорением ассоциаций
г) двигательным возбуждением

5. Для выраженной маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства характерно (3 варианта)

а) наличие маниакальной триады
б) чувство тревоги
в) идеи переоценки
г) расторможенность влечений

6. Для клиники циклотимии характерно (3 варианта)

а) малая интенсивность аффективных расстройств в фазах
б) отсутствие прогредиентности
в) большое количество маскированных аффективных состояний
г) наличие прогредиентности

7. Диагноз маскированных депрессий можно поставить на основании наличия (3 варианта)

а) фазности и периодичности течения
б) безуспешности диагностики «соматического заболевания»
в) безуспешности обычной терапии «соматического заболевания»
г) ярко выраженного аффекта

8. Суицидальную опасность представляют следующие состояния (3 варианта)

а) адинамическая депрессия
б) депрессии с депрессивным бредом
в) ажитированная депрессия

г) меланхолическая депрессия

9. К важным диагностическим критериям аффективных расстройств относятся (2 варианта)

а) фазность депрессий и маний

б) наличие психогении

в) наличие интермиссии

г) отсутствие бредовых идей

10. Течение биполярного расстройства связано с (1 вариант)

а) семейной обстановкой

б) погодными условиями

в) внутренними биоритмами

г) условиями питания

11. Монополярное аффективное расстройство характеризуется (3 варианта)

а) периодическим повторением маниакальных фаз

б) периодическим повторением маниакальных и депрессивных фаз

в) периодическим повторением депрессивных фаз

г) наличием интермиссий

Ответы на тестовые задания: 1- б, в, г;2- а, б, г; 3- а, б, в; 4- а, в, г; 5- а, в, г; 6- *а, б, в; 7 - а, б, в;8- б, в, г; 9- а, в; 10 - в.11- а, в, г*

4) Подготовить обзор научной литературы по теме «Аффективные расстройства»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине

Заполните диагностическую таблицу

Клинический вариант аффективного расстройства	Клиника	Диагностика	Терапия		
			Купирование	Поддерживающая	Противорецидивная
Рекуррентная депрессия					
Монополярное маниакальное расстройство					
Биполярное расстройство					

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Психиатрия: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: Гэотар-Медиа, 2020

2. Психиатрия: национальное руководство / под ред.: Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. - М.: Гэотар-Медиа, 2022

3. Национальное руководство по суицидологии / под ред. Б.С. Положего. - М: Медицинское информационное агентство, 2019

Дополнительная литература:

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

2. Катастрофы и психическое здоровье / Ю.А. Александровский. - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2020

3. Тактика психиатрического обследования и алгоритм написания истории болезни: учебное пособие / Л.М. Барденштейн, Г.А. Алешкина. - М.: ИНФРА-М, 2021

4. Нейропсихиатрия: когнитивные нарушения: руководство для врачей / Н.Н. Петрова, М.В. Дорофейкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 192 с.

5. Психические болезни у детей и подростков: руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022

6. Психотерапия: учебник / под ред.: А.В. Васильева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023

7. Судебно-психиатрическая экспертиза / 2-е изд., перераб. и доп./ А. А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020

8. Критические состояния в психиатрии и наркологии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б.

Захаров, Н.В. Семакина. – Киров, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020
9. Психосоциальная терапия и реабилитация в психиатрии: учебное пособие / М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров, Н.В. Семакина. - Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ, 2020

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
12 апреля 2025 г. Протокол № 9
Зав. кафедрой М.В. Злоказова

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
17 апреля 2025 г., протокол № 4

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе учебной дисциплины «ПСИХИАТРИЯ»

Специальность 31.08.20 Психиатрия (3++)
Направленность (профиль) - Психиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева
Авторы: заведующий кафедрой М.В. Злоказова

С 2025 / 2026 учебного года в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

Раздел 5. Частная психиатрия
Темы №№ 5.2; 5.3 и 5.6 дополнить и читать в следующей редакции:

Тема 5.2. Шизофрения: понятие о ремиссии, типе дефекта и исходе. Дифференциальная диагностика, терапия.
Пункт 4. Задания для групповой работы изменить и читать в следующей редакции:
Обсуждение в группе историй болезни пациентов, находящихся на лечении, и ознакомление с заполненной на них документацией.
Создание клинических случаев с использованием технологии искусственного интеллекта с последующим разбором и анализом

Тема 5.3: Аффективные расстройства
Пункт 5. Задания для групповой работы: изменить и читать в следующей редакции:
Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами для постановки диагноза, Осмотр пациентов с психическими расстройствами с выделением симптомов, синдромов, изучением данных, имеющихся обследований для постановки диагноза определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Создание клинических случаев с использованием технологии искусственного интеллекта с последующим разбором и анализом

Тема 5.6: Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства: при атрофических процессах головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга
Пункт 4. Задания для групповой работы: изменить и читать в следующей редакции:
Решение ситуационных задач и изучение историй болезни пациентов с психическими расстройствами по теме занятия для постановки диагноза, определения тактики ведения, назначения медикаментозных препаратов и определения тактики реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Клинический разбор пациентов по теме занятия. В ходе клинического разбора выявить у пациента психические расстройства в ходе беседы, наблюдения при проведении психологических методик (исследование памяти, внимания, интеллекта, выявление апраксии, аграфии, амнезии, тест MMSE). Квалифицирование выявленных нарушений, определение тактики терапии, назначение психофармакопрепаратов, подбор методов реабилитации с дальнейшим обсуждением в группе.
Создание клинических случаев с использованием технологии искусственного интеллекта с последующим разбором и анализом

Дополнения и изменения в приложение А рабочей программы рассмотрены на заседании кафедры
«26» января 2026 г., протокол № 6
Зав. кафедрой М.В. Злоказова

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра психиатрии им. профессора В.И. Багаева

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

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

«Психиатрия»

Специальность 31.08.20 Психиатрия
Направленность программы –
Психиатрия Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формиро- вания, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте						
ИД УК 1.4 Определяет возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной сфере (в психиатрии)						
Знать	Не знает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	Не в полном объеме знает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии, допускает существенные ошибки	Знает основные возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии, допускает ошибки	Знает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование
Уметь	Не умеет применять достижения в области медицины и фармации в профессиональной сфере в психиатрии	Частично освоено умение применять достижения в области медицины и фармации в профессиональной сфере в психиатрии	Правильно использует умение применять достижения в области медицины и фармации в профессиональной сфере в психиатрии, допускает ошибки	Самостоятельно использует умение применять достижения в области медицины и фармации в профессиональной сфере в психиатрии	тестирование, ситуационные задачи	тестирование, ситуационные задачи

Владеть	Не владеет способами применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	Не полностью владеет способами применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	Способен использовать способы применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	Владеет способами применения достижений в области медицины и фармации в психиатрии	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов						
ИД ОПК-4.2 Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов						
Знать	Фрагментарные знания современных методов функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Общие, но не структурированные знания современных методов функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные систематические знания современных методов функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение использовать современные методы функциональной диагностики, не умеет интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать современные методы функциональной диагностики, частично умеет интерпретировать результаты лабора-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать современные методы функциональной диагностики, не всегда умеет точно интерпретировать результаты лабора-	Сформированное умение использовать современные методы функциональной диагностики, умеет верно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки	ситуационные задачи	тестирование, ситуационные задачи

	морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	торных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	торных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения		
Владеть	Фрагментарное владение современными методами функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематическое владение современными методами функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение современными методами функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Успешное и систематическое владение современными методами функциональной диагностики, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ОПК-5.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания разра-	Общие, но не структурированные знания	Сформированные, но содер-	Сформированные систематические знания	собеседование,	ситуационные задачи,

	ботки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	жащие отдельные пробелы знания разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	тестирование	собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендаци-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендаци-	Сформированное умение разработать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
Владеть	Фрагментарное владение навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое владение навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое владение навыками разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ОПК 5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения						
Знать	Фрагментарные знания способов оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и	Общие, но не структурированные знания способов оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания способов оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, ме-	Сформированные систематические знания способов оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного	тестирование, собеседование	тестирование, собеседование

	иных методов лечения	питания и иных методов лечения	дицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	питания и иных методов лечения		
Уметь	Частично освоенное умение оценивать эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы оценивать эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Сформированное умение оценивать эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	ситуационные задачи	ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение способами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	В целом успешное, но не систематическое владение способами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение способами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Успешное и систематическое владение способами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ОПК 5.3. Осуществляет профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств						
Знать	Фрагментарные знания методов профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных	Общие, но не структурированные знания методов профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, воз-	Сформированные систематические знания методов профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических	тестирование, собеседование	тестирование, собеседование

	манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	никших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения		
Уметь	Частично освоенное умение проводить профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированное умение проводить профилактику или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	ситуационные задачи	ситуационные задачи

Владеть	Фрагментарное владение методами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематическое владение методами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение методами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Успешное и систематическое владение методами профилактики или лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов						
ИД ОПК-6.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения						
Знать	Фрагментарные знания методов контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Общие, но не структурированные знания методов контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методов контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные систематические знания методов контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

Уметь	Частично освоенное умение контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированное умение контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	ситуационные задачи	ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение методами контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематическое владение методами контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение методами контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Успешное и систематическое владение методами контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу						
ИД ОПК-7.1. Проводит медицинские освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения						
Знать	Фрагментарные знания проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Общие, но не структурированные знания проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированные систематические знания проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение проводить медицинские	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Сформированное умение проводить медицинские	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	проводить медицинские освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	умение проводить медицинские освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	освидетельствования и медицинскую экспертизу, медицинские осмотры в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения		
Владеть	Фрагментарное владение навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематическое владение навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Успешное и систематическое владение навыками проведения медицинских освидетельствований и медицинской экспертизы, медицинских осмотров в отношении пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения						
ИД ОПК-8.1. Проводит мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения						
Знать	Фрагментарные знания проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	Общие, но не структурированные знания проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	Сформированные систематические знания проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

Уметь	Частично освоенное умение проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	Сформированное умение проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ситуационные задачи	ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение навыками проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения	В целом успешное, но не систематическое владение навыками проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения	Успешное и систематическое владение навыками проведения мероприятий по профилактике психических расстройств и расстройств поведения и формирования здорового образа жизни, санитарно-гигиенического просвещения населения.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ОПК 8.2. Проводит диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска						
Знать	Фрагментарные знания проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, не назначает профилактические мероприятия для пациентов	Общие, но не структурированные знания проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, частично верно назна-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения,	Сформированные систематические знания проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактиче-	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

	с учетом факторов риска	чает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	ские мероприятия для пациентов с учетом факторов риска		
Уметь	Частично освоенное умение проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	Сформированное умение проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначает профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	ситуационные задачи	ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение навыками диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначения профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	В целом успешное, но не систематическое владение навыками диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначения профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначения профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	Успешное и систематическое владение навыками диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими психическими расстройствами и расстройствами поведения, назначения профилактические мероприятия для пациентов с учетом факторов риска	прием практических навыков	прием практических навыков
ПК-2 Способен проводить обследование пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с целью установления диагноза						
ИД ПК 2.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами и расстройствами поведения в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности						

Знать	Фрагментарные знания особенностей сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	Общие, но не структурированные знания особенностей сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов(их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	Сформированные систематические знания особенностей сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение выявлять жалобы, особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять жалобы, особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявлять жалобы, особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных	Сформированное умение выявлять жалобы, особенности анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с психическими расстройствами в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности		
Владеть	Фрагментарное владение навыками квалифицированного сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) для выявления психических заболеваний в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	В целом успешное, но не систематическое владение навыками квалифицированного сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) для выявления психических заболеваний в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками квалифицированного сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) для выявления психических заболеваний в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	Успешное и систематическое владение навыками квалифицированного сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) для выявления психических заболеваний в добровольном и недобровольном порядке в амбулаторных и стационарных условиях с дальнейшим описанием психического статуса и проведением оценки суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности	прием практических навыков	прием практических навыков

ИД ПК 2.2. Проводит обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания проведения обследований: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания проведения обследований: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения обследований: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Сформированные систематические знания проведения обследований: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение проводить обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение проводить обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	ситуационные задачи	ситуационные задачи

Владеть	Фрагментарное владение навыками обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое владение навыками обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое владение навыками обследования: неврологическое, физикальное и тестологическое психодиагностическое с использованием психодиагностических шкал в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 2.3. Осуществляет направление пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом про-	Общие, но не структурированные знания направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагно-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использова-	Сформированные систематические знания направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагно-	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

	цессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	стическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	нием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	стическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение направить пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение направить пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение направить пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение направить пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	ситуационные задачи	собеседование, ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение навыками направления пациентов	В целом успешное, но не систематическое владение навы-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Успешное и систематическое владение навыками направления пациентов	прием практических навыков	прием практических навыков

	с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	ками направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	владение навыками направления пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	с психическими расстройствами и расстройствами поведения к медицинскому психологу на патопсихологическое обследование, к врачам – специалистам и на лабораторное, инструментальное обследования с дальнейшим использованием результатов в диагностическом процессе, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи		
ИД ПК 2.4. Устанавливает диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)						
Знать	Фрагментарные знания критериев постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	Общие, но не структурированные знания критериев постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания критериев постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ).	Сформированные систематические знания критериев постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	собеседование, тестирование	собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение установить диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение установить диагноз в соответствии с	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение установить диагноз в соответствии с Международ-	Сформированное умение установить диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	ситуационные задачи	ситуационные задачи

		Международной классификацией болезней (МКБ)	ной классификацией болезней (МКБ)			
Владеть	Фрагментарное владение навыками постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	В целом успешное, но не систематическое владение навыками постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ)	Успешное и систематическое владение навыками постановки диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ).	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 2.5 Проводит повторные осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивает динамику их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивание динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивание динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивание динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные систематические знания проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценивание динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование, тестирование	собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение провести повторные	В целом успешное, но не систематически	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Сформированное умение провести повторные	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценить динамику их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	осуществляемое умение провести повторные осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценить динамику их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	умение провести повторные осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценить динамику их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	осмотры и обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценить динамику их психического и соматоневрологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи		
Владеть	Фрагментарное владение навыками проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценки динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом	В целом успешное, но не систематическое владение навыками проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценки динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценки динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	Успешное и систематическое владение навыками проведения повторных осмотров и обследований пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, и оценки динамики их психического и сомато-неврологического состояния в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом	прием практических навыков	прием практических навыков

	стандартов медицинской помощи	стандартов медицинской помощи	рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	стандартов медицинской помощи.		
ПК-3. Способен назначать лечение пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 3.1. Разрабатывает план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Сформированные систематические знания разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	собеседование, тестирование	собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение разработать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разработать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разработать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с дей-	Сформированное умение разработать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	ствующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи		
Владеть	Фрагментарное владение навыками разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое владение навыками разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Успешное и систематическое владение навыками разработки плана лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.2. Назначает лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применяет медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими	Общие, но не структурированные знания назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания,	Сформированные систематические знания назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола	собеседование, тестирование	собеседование, тестирование

	расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначить лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применять медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначить лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применять медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания меди-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначить лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применять медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания меди-	Сформированное умение назначить лекарственные препараты, немедикаментозную терапию и применять медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом	ситуационные задачи	ситуационные задачи

	стандартов медицинской помощи	цинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	цинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	стандартов медицинской помощи		
Владеть	Фрагментарное владение навыками назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое владение навыками назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое владение навыками назначения лекарственных препаратов, немедикаментозной терапии и применения медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.3. Оценивает эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения						
Знать	Фрагментарные знания оценивания эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных	Общие, но не структурированные знания оценивания эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания оценивания эффективности и безопасности лекарственных препаратов, ме-	Сформированные систематические знания оценивания эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

	методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.	дицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения		
Уметь	Частично освоенное умение оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Сформированное умение оценить эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	ситуационные задачи	ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение навыками оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но не систематическое владение навыками оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Успешное и систематическое владение навыками оценки эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.4. Определяет объем, последовательность лечебных мероприятий и оказывает неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания определения объема,	Общие, но не структурированные знания	Сформированные, но содер-	Сформированные систематические знания	собеседование,	тестирование,

	последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	жащие отдельные пробелы определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.	определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	тестирование	собеседование
Уметь	Частично освоенное умение определить объем, последовательность лечебных мероприятий и оказать неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определить объем, последовательность лечебных мероприятий и оказать неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендаци-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение определить объем, последовательность лечебных мероприятий и оказать неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Сформированное умение определить объем, последовательность лечебных мероприятий и оказать неотложную психиатрическую помощь при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	ситуационные задачи	ситуационные задачи

		ями и стандартами медицинской помощи				
Владеть	Фрагментарное владение навыками определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое владение навыками определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Успешное и систематическое определения объема, последовательности лечебных мероприятий и оказания неотложной психиатрической помощи при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 3.5. Оказывает психиатрическую помощь при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами						
Знать	Фрагментарные знания оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах	Общие, но не структурированные знания оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психиче-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Сформированные систематические знания оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психиче-	собеседование, тестирование	тестирование, собеседование

	и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	ских расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами.	ских расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами.		
Уметь	Частично освоенное умение оказывать психиатрическую помощь при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оказывать психиатрическую помощь при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказывать психиатрическую помощь при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	Сформированное умение оказывать психиатрическую помощь при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	ситуационные задачи	тестирование, ситуационные задачи
Владеть	Фрагментарное владение навыками оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах	В целом успешное, но не систематическое владение навыками оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской	Успешное и систематическое владение навыками оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических	прием практических навыков	прием практических навыков

	и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами	расстройствах и расстройствах поведения при взаимодействии с врачами-специалистами.		

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

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

Код компетенции	*Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*
УК-1	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 1-5, 46, 47, 91, 132-137, 148-153 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Основные принципы организации психиатрической помощи в РФ. 2. Исследование психического статуса у пациентов. 3. Наследственные психические заболевания. Генетический метод исследования в психиатрии. 4. Методы обследования психически больных (экспериментально-психологический, лабораторный, инструментальный). 5. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» 6. Биопсихосоциальная терапия в психиатрии. Основные составляющие. Применение в практике. 7. Нейролептики (антипсихотики). Механизм действия, классификация. Клиническое применение 8. Типы течения психических заболеваний **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля (№№ 1-4, 29-31, 148, 149, 164-166, 192, 193, 208, 209, 224, 240, 241, 250, 252, 254, 259, 265, 266, 277-281, 284, 285, 291, 292, 319, 320, 321, 337-349, 350-353, 355, 357, 377, 392, 409-411, 427 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Психиатрия: определение, ее предмет, задачи и разделы. 2. Основные этапы развития психиатрии. 3. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом (направления отечественной и мировой психиатрии). 4. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) и их вклад в развитие науки. 5. Понятия о формах протекания мыслительного процесса (понятие, суждение, умозаключение). 6. Виды мышления. 7. Физиологические основы мышления. 8. Определение психотерапии. История развития психотерапии. Определение психотерапии, показания и противопоказания к ее применению. 9. Организация психотерапевтической помощи.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. Иллюзии - это:
а) ложное воспоминание
б) гиперестезия
в) искаженное восприятие реального объекта по форме
г) искаженное восприятие реального объекта по содержанию

2. Галлюцинации- это:
а) ошибочные суждения, не поддающиеся коррекции
б) неправильное восприятие реальных объектов
в) непроизвольно возникающие навязчивые образы
г) восприятия, возникающие без реального объекта

3. К признакам висцеральных галлюцинаций относятся:
а) ощущение присутствия в полостях тела или под кожей инородных предметов, насекомых и т.д.;
б) ощущение ползания насекомых по телу;
в) возможность точного описания источника ощущений;
г) беспредметность ощущений;
д) ощущение холода, жара внутри тела.

4. Признаками псевдогаллюцинаций являются:
а) их неконкретность, бесформенность;
б) интерпроекция;
в) наличие признаков нарушения сознания;
г) ощущение их искусственности;
д) их фантастичность.

5. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме
а) лишения конкретности, реальности
б) наличия признаков нарушения сознания
в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
г) интрапроекции внутри организма
д) наличия характера сделанности

6. Сенестопатии это:
а) локализованные неприятные, тягостные ощущения;
б) необычные, часто алгические, ощущения с меняющейся локализацией;
в) тягостные болевые ощущения в утраченной конечности;
г) тягостные ощущения ползания насекомых, червей и т.п. под кожей, внутри тела.

7. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме
а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
б) восприятия, искажения формы и величины своего тела
в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
д) необычности, вычурности ощущений

8. Для сенестопатий характерны следующие признаки:
а) полимофизм проявлений
б) вычурный характер ощущений
в) необычная топография ощущений
г) чувство постороннего влияния

9. В легких случаях деперсонализации отмечается:

а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
б) ощущение измененности окружающего мира;
в) снижение полноты восприятия окружающего мира;
г) чувство утраты;
д) ощущение утраты собственного «Я».

10. К расстройствам мышления относят:
а) лживость;
б) паралогичность;
в) некритичность;
г) соскальзывания;
д) бахвальство.

11. При синдроме Кандинского-Клерамбо могут наблюдаться следующие виды психических автоматизмов:
а) идеаторный
б) сенсорный
в) моторный
г) амбулаторный

12. Синдром «восковой гибкости» отмечается у больных с:
а) манией
б) депрессией
в) делирием
г) кататонией

13. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме
а) физической истощаемости
б) психической истощаемости
в) фиксационной амнезии
г) аффективной лабильности

14. Для астенического синдрома характерно:
а) идеаторная и моторная заторможенность;
б) психическая истощаемость;
в) мистические расстройства;
г) изменение самочувствия в зависимости от атмосферных и барометрических факторов;
д) расстройства мышления.

15. К начальным регистрам негативных синдромов относятся:
а) снижение психического тонуса;
б) дисгармония психического склада;
в) субъективно осознавание изменение личности;
г) апато-абулия;
д) кататонический ступор.

16. Депрессивно-идеаторное торможение определяется:
а) пессимистическим содержанием мыслей;
б) медленным темпом течения мыслей;
в) ощущением пустоты в голове;
г) ментизмом;
д) шперрунгами.

17. Для депрессивной триады характерно:
а) двигательная заторможенность;
б) идеаторная заторможенность;
в) пониженное настроение;
г) меланхолический раптус;

д) иллюзорные расстройства.

18. Классическая депрессивная триада характеризуется
а) эмоциональным торможением
б) двигательным торможением
в) идеаторным торможением
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного

19. К соматическим признакам депрессии относятся:
а) запоры
б) дисменорея
в) похудание
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

20. У больных эндогенной депрессией обычно:
а) настроение снижено в течение дня
б) настроение ухудшается во второй половине дня
в) настроение зависит от внешней ситуации
г) настроение снижено в первой половине дня

Ответы на тестовые задания

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

2 уровень:

1. Соответствие названий учреждений их определению:

1. Психиатрические стационары	А. подсобное предприятие, предназначенное для трудовой терапии и трудового обучения психически больных, обеспечивающее врачебное наблюдение за ними и, при необходимости, продолжение медикаментозного лечения
2. Психоневрологические диспансеры	Б. учреждение для оказания психиатрической помощи пациентам с купированной острой психотической симптоматикой
3. Дневной стационар	В. предназначены для лечения больных с психическими расстройствами психотического уровня, обследование больных и диагностика психических заболеваний, лечение с использованием биологической терапии, психотерапии, социально-трудовой реабилитации, проведения экспертиз и др.

	Г. учреждение, предназначенное для выявления больных с психическими расстройствами, их лечения, дальнейшего наблюдения и реабилитации

2. Соответствие клинической картины атрофическим деменциям

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

3. Подберите соответствия:

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

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

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

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

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирован в себе, дезориентирован в месте, времени. Выглядит растерянным, с трудом сообщает анамнестические сведения. Бреда, обманов восприятия выявить не удается. Жалуется на снижение памяти. Не может назвать лежащие на столе предметы, пытается дать им словесное описание. При письме буквы в словах не разделяет, слова пишет слитно, без интервалов. Не может выполнить элементарные арифметические операции. Не может показать без предмета, как совершается то или иное действие, нарушена право-левая ориентировка, ориентировка в окружающем. В речи присутствуют отдельные стереотипные обороты. Затрудняется описать свое состояние. При трудностях в выполнении заданий переживает свои неудачи. Настроение не резко снижено. В поведении спокоен, внешне опрятен.

На обзорной рентгенограмме свода и костей черепа без патологии. На ЭЭГ снижение порога судорожной готовности.

1. Сформулировать предварительный диагноз

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

2. Дифференциальная диагностика проводится со всем перечисленным, кроме
а) болезни Пика
б) сосудистой деменции
в) шизофрении
г) деменции с тельцами Леви
3. Лечение включает в себя все, кроме
а) холинергических препаратов
б) электросудорожной терапии
в) ноотропных препаратов
г) стимулирующих методов (музыкотерапии, арт-терапии, разгадывания кроссвордов, физических упражнений)

Задача №2 Пациентка, 50 лет. За последние 2 года перенесла тяжелый грипп и черепно-мозговую травму. Последний год беспокоят сильные головные боли, головокружения, на высоте которых тошнота, иногда рвота, двоение в глазах. Бывают внезапно возникающие и также внезапно прекращающиеся сердцебиения и повышения температуры. Во время таких, приступов отмечается полиурия. Часто перед глазами возникают искры, разноцветные полосы, вертящиеся и проплывающие слева направо шары. Иногда кажется, что "плывет кровать" или что она сама куда-то проваливается. Реже, только при засыпании, ощущает, что у нее укорачиваются руки, затем ноги и вся она становится маленькой. Пугается, вскакивает. При этом неприятные ощущения исчезают. После этого долго не может уснуть.
1. Сформулировать предварительный диагноз
а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
б) органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза
в) органическое заболевание головного мозга атрофической этиологии
г) органическое заболевание головного мозга опухолевой этиологии
2. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме
а) острых и преходящих психотических расстройств
б) деменции при атрофических заболеваниях головного мозга
в) галлюцинозов позднего возраста
г) биполярного аффективного расстройства
3. Лечение включает все перечисленное, кроме
а) транквилизаторов
б) антиконвульсантов
в) холинергических препаратов
г) нейролептиков

Ответы:
Задача 1: 1) г 2) в 3) б
Задача 2: 1) а 2) г 3) в

Тестовые задания открытого типа
1. Что такое сенестопатии?
Ответ: это - крайне неприятные тягостные ощущения на каком-либо участке тела или во внутренних органах при отсутствии объективно определяемых нарушений.

2. Что такое интерпретативные иллюзии?
Ответ: это - искажение информации, поступающей от органов чувств, бредовыми представлениями больного, например, разговоры и жесты людей пациент ошибочно воспринимает как угрозу в свои адрес.

3. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущие синдромы
- поставьте предварительный диагноз
Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону

	квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь. Ответ. 3. Амнестический синдром, включающий: оптико-пространственные нарушения – нарушение зрительной ориентировки в окружающем пространстве: не понимают расстояния, расположение предметов, направление; апраксию – впечатление, что больные разучились выполнять привычную работу, нарушение целенаправленности движений и действий при сохранности составляющих их элементарных движений; 4. Психическое расстройство при первичном дегенеративном (атрофическом) процессе головного мозга: Болезнь Альцгеймера? Умеренная стадия (стадия клинически выраженных проявлений) 4. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром Пациентка Г., 45 лет. Внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые – тонкие, пожилые – басистые. Слышатся они именно внутри головы, на что точно указывает больная, но исходят из «воздушного пространства, расположенного над больницей». Считает, что летчики интересуются ею и знают её каждый шаг. С «голосами» свыклась, относится к ним добродушно. Выделите психопатологические симптомы. Ответ: у пациентки имеются вербальные псевдогаллюцинации, комментирующего характера. Синдром – вербального галлюциноза. 5. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром Пациент Б., 22 года. Психическое заболевание возникло остро в связи с недавно перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него "сгнило", дыхание "застывает", выпали все зубы, в груди пусто, "все сгнило". Отказывался от еды на том основании, что у него "нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый", все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. Ответ 1. Психопатологические симптомы: сенестопатии, висцеральные галлюцинации, деперсонализация, депрессивные ипохондрические бредовые идеи, психические автоматизмы. 2. Галлюцинаторно-бредовый (нигилистический) синдром (Котара). 6. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром - выделить психопатологические симптомы и синдромы. Пациентка О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия. Ответ: симптомы: гипотимия, скорбная мимика, брадидинамия, брадифрения, сенестопатии, снижение аппетита, идеи самообвинения, триада Протопопова (тахикардия, запоры, мидриаз), сухость слизистых. Синдром – депрессивный. 7. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром Пациент К., 47 лет. Находится на стационарном лечении в неврологическом отделении в течение недели (перенес инсульт). Не может вспомнить события, предшествующие инсульту в течение суток: не знает, где был, чем занимался, как себя чувствовал. На вопросы из его прошлой

	жизни отвечает не сразу, длительное время, вспоминая биографические сведения, иногда воспоминания не соответствуют действительности. Жалуется на сниженную память, не может вспомнить текущую дату и имя лечащего врача. Ответ: симптомы: антеро-ретрогарадная амнезия, фиксационная амнезия, парамнезии. Корсаковский синдром. 8. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром У пациентки М., 21 год, вскоре после поступления в психиатрическую больницу развилось состояние, которое длилось несколько дней. Она лежала в постели с раскрытыми глазами, периодически совершала руками плавательные движения, в контакт не вступала. В дальнейшем она рассказала, что видела себя находящейся на Луне, среди роботов и причудливых луноходов. Отталкиваясь от поверхности Луны, она летала над нею, а когда её босые ноги ступали на лунный грунт, она чувствовала вечный холод камней и ноги её мерзли. Ответ: пациентка дезориентирована, имеется отрешенность от реальности, стереотипные нецеленаправленные движения – кататонический синдром, фантастические галлюцинации, во время которых она спокойна, видит себя со стороны, следовательно, это онейроид. 9. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром Пациент К.,39 лет. Правильно называет собственное имя и отчество, не может сказать, какое сегодня число. На лице страх, озирается по сторонам, стряхивает с себя что-то. Заявляет, что он находится в цехе, на него летит стружка. На вопросы отвечает непоследовательно: неожиданно замолкает и делает какие-то движения - объясняет это тем, что переносит ящики. Ответ: Пациент дезориентирован в месте и времени, сохранена ориентировка в собственной личности. Тревожен, имеются истинные зрительные, тактильные, вербальные галлюцинации, совершает профессиональные действия, считает, что он на работе. Это-профессиональный делирий. 10. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром Больной С., 48 лет. Жалобы на снижение настроения, чувство внутреннего напряжения, ранние пробуждения, боли за грудиной при небольшой физической нагрузке, общую слабость, повышенную утомляемость, появились после трагической гибели сына в ДТП. Считает себя виноватым. Ответ: снижение настроения, внутреннее напряжение, кардиалгии, слабость и утомляемость, а также чувство виновности в смерти сына – это симптомы, характерные для реактивной депрессии
	Примерные ситуационные задачи **Задача 1** Больной Б., 40 лет. Спиртные напитки употребляет с 16 лет, с 19 лет систематически употребляет алкоголь, отмечаются запои длительностью 7-10 дней, сформирован абстинентный синдром. По окончании очередного запоя чувствовал себя разбитым, усталым, испытывал головные боли. По вечерам ощущал страх, слышал оскорбительные оклики по имени, стал думать, что за ним следят, что окружающие о нем говорят, прислушивался, боялся идти на работу. Однажды внезапно почувствовал ощущение тепла и «прижигания» кожи головы. Заметил, что напротив спящий мужчина шевелит губами, и в голову врывается звук, гудение. Затем услышал: «вот это он и есть, отсюда живым не выйдет». Решил, что это голос сидящего напротив мужчины, который указывал его приметы и как следить за ним. Ощущение страха росло, больной встал и начал быстро ходить по залу вокзала. Мужчина «не давал покоя», наводил теплые лучи на затылок. Больной «ощущал тепло» под шапкой, у него громко стучало в голове, слышал бряцание затвора оружия. Больной в кармане раскрыл перочинный нож, затем быстро подошел к мужчине, голос которого ранее слышал, и стал наносить ему удары ножом. При задержании больной не сопротивлялся, после ареста не спал до утра, испытывал страх, опасался, что его убьют, снова слышал угрозы, голос пострадавшего мужчины, но «действие лучей» прекратилось. *Вопросы:* 1. Определить ведущие симптомы и синдромы

2. Тактика ведения больного.
3. Решить вопрос о госпитализации больного в психиатрический стационар.

Решение:

1. У пациента имеются истинные вербальные галлюцинации, тактильные псевдогаллюцинации с чувством сделанности, бред преследования, интерпретативные вербальные галлюцинации, страх смерти, агрессивное поведение в отношении преследователей. Ведущий синдром – галлюцинаторно-параноидный.
2. Предварительный диагноз: алкогольный галлюциноз
3. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» психиатрическое освидетельствование возможно в недобровольном порядке при наличии у больного тяжелого психического расстройства, которое обуславливало хотя бы одно из трех возможных обстоятельств:

а) непосредственную опасность больного для себя или окружающих

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

в) существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения психического состояния, если больной будет оставлен без психиатрической помощи.

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

Задача 2

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

Вопросы:

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

Решение:

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

Задача 3

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

Вопросы:

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

Решение:

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

	Примерные практические навыки • Установить контакт с пациентом • Поставить предварительный диагноз с учетом данных, полученных в ходе беседы, наблюдения, анализа анамнестических данных, данных параклинического исследования. • Интерпретировать результаты анализов, рентгенограмм, ЭЭГ-исследований, заключений КТ и МРТ, консультаций специалистов для проведения дифференциального диагноза с целью выявления психического расстройства у пациентов.
ОПК-4	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 7-45, 82-84, 87-89, 92-108, 110-119, 154, 156, 176-179 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Расстройства памяти. Количественные и качественные нарушения памяти, клиническое значение. 2. Расстройства внимания, клиническое значение. 3. Нарушения психосенсорного синтеза, клиническое значение. 4. Нарушения ощущений. Сенестопатии, клиническое значение. 5. Иллюзии, виды, клиническое значение. 6. Галлюцинации, виды, дифференциальный диагноз истинных и ложных галлюцинаций, клиническое значение. 7. Галлюцинозы, виды галлюцинозов, клиническое значение. 8. Нарушения сознания. Критерии нарушенного сознания. Оглушенность, сопор, кома, клиническое значение. **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля (№№ 1-3, 9-11, 14, 24, 28, 34, 39, 40, 41, 57, 127, 128, 135, 139, 184, 186, 192, 193, 195, 197, 199, 200, 208, 209, 210-212, 214-219, 221, 222, 224-230, 232, 233, 236, 237, 240-242, 244, 246, 248, 250, 252, 260-262, 271, 272, 274, 294-296, 303, 304, 315, 319, 321, 327-332, 368-371, 376, 388-390, 397, 404 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Назовите методы исследования психически больных: основные и параклинические. 2. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами. 3. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами 4. Генетические методы исследования психически больных. 5. Диагностическое значение различных видов галлюцинаций. 6. Методы выявления расстройств восприятия. 7. Патофизиологические механизмы бреда. 8. Галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы, синдром Кандинского-Клерамбо, Котара, Капгра, дисморфоманический, сенесто-ипохондрический), нозологическая специфика 9. Методы выявления расстройств мышления (классификация, исключение 4 лишнего, сравнение понятий, объяснение метафор и пословиц, серии сюжетных картинок Бидструпа). 10. Определение эмоций
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. Для мышления больных шизофренией характерно: а) замедление ассоциативного процесса б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления в) паралогичность г) обстоятельность 2. Обязательными для шизофрении являются синдромы а) обманов восприятия б) аутизма в) нарушений мышления г) бредовых расстройств 3. Наиболее информативным методом исследования атрофических процессов головного мозга является: а) ЭЭГ

б) УЗИ
в) КТ
г) МРТ

4. Ранним дифференциально - диагностическим КТ/МРТ - признаком болезни Альцгеймера является:
   а) уменьшение объема гиппокампа
   б) сужение перигиппокампальных щелей
   в) увеличение объема гиппокампа
   г) уменьшеннок межкрючковое расстрояние
5. Морфологическим признаком болезни Пика является наличие:
   а) дегенеративных изменений нейронов черной субстанции, полосатого тела
   б) амилоидных бляшек и нейрофибриллярных клубков
   в) интраплазматических образований из нерофиламентов и нейротубул и отечных ахроматичных нейронов
   г) эозинофильных включений альфа синуклеина в типолазме тел нейронов
6. Для депрессивной триады характерно:
   а) двигательная заторможенность
   б) пониженное настроение
   в) меланхолический раптус
   г) идеаторная заторможенность
   д) иллюзорные расстройства
7. Аффективные иллюзии
   а) могут возникать только у психически больных
   б) могут возникать и у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, страха
   в) ошибочное восприятие окружающих объектов, возникающее на фоне страха
   г) возникают без реального объекта или раздражителя
8. Медленную тягучую речь, сопровождающуюся отступлениями и несущественными подробностями, называют
   а) замедлением мышления
   б) патологической обстоятельностью (вязкостью)
   в) резонерством
   г) шперрунгом
9. Бред при паранойяльном синдроме относится к
   а) резидуальному
   б) первичному
   в) чувственному
   г) вторичному
10. Апатоабулический синдром может быть проявлением
    а) повреждения лобных долей мозга
    б) диссоциативного (истерического) расстройства
    в) шизофрении
    г) гипомании
11. Для Корсаковского синдрома характерна
    а) полная дезориентировка
    б) дезориентировка в месте и времени
    в) дезориентировка в ситуации
    г) дезориентировка в собственной личности
12. Ретроградная амнезия характеризуется
    а) выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
    б) потерей способности запоминать
    в) распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
    г) отсутствием памяти на текущие события
13. Для группы невротических синдромов характерно
    а) выраженное снижение памяти и интеллекта
    б) признаки нарушения сознания
    в) иллюзии, галлюцинации
    г) критическое отношение к болезненным переживаниям

14. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно
    а) падение психической продуктивности
    б) нарастание эмоциональных изменений
    в) явления искаженного пубертатного криза
    г) выраженные амнестические расстройства
15. На высоте депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства наблюдаются следующие соматические проявления
    а) тахикардия
    б) брадикардия
    в) похудание
    г) запоры
16. Облигатные признаки изменения личности при эпилепсии
    а) паранойяльность
    б) эксплозивность, мстительность, конфликтность
    в) шизоидность, аутизация
    г) вязкость, тугоподвижность мышления, эгоцентричность, педантизм
17. Изменения личности по органическому типу характеризуются
    а) торпидностью, пассивностью, равнодушием
    б) ангедонией, отсутствием эмпатии
    в) взрывчатостью, гневливостью, эгоцентризмом
    г) аутизацией, уплощением эмоций
18. Личностные расстройства при болезни Пика проявляются
    а) благодушием, беспечностью, пассивностью
    б) вязкостью, слащавостью
    в) манерностью, рассуждательством
    г) грубостью, сквернословием, гиперсексуальностью
19. 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
20. Основными свойствами диссоциального расстройства личности являются:
    а) самодовольны, некритичны
    б) импульсивность, упрямство, лживость
    в) неспособность к систематическому труду
    г) стремления к оригинальности
21. Для больных с умственной отсталостью характерны
    а) высокая дифференцированность эмоций
    б) медлительность, неловкость движений
    в) развитие прогредиентного атрофического процесса
    г) эмоционально-волевая незрелость
22. Проба Крепелина заключается в:
    а) последовательное вычитание 7 из 100
    б) отыскивание чисел в таблицах
    в) запоминание 10 слов
    г) выбор картинок, связанных с запоминаемым словом

Ответы на тестовые задания

1. - бв
2. - бв
3. - г
4. - а
5. - в
6. - абг
7. - бв
8. - б
9. - б
10. - ав

11. - б
12. - ав
13. - г
14. - абв
15. - авг
16. - бг
17. - ав
18. - ага
19. - г
20. - бв
21. - бг
22. - а

2 уровень:

1. Установите соответствие:

А. простая шизофрения	1. преобладание бредово-галлюцинаторной симптоматики
Б. кататоническая шизофрения	2. преобладание негативных расстройств
В. параноидная шизофрения	3. ступор с повышением мышечного тонуса или хаотическое возбуждение

2. Установите соответствие:

А. бред, галлюцинации	1. негативные расстройства
Б. аутизм, расстройства мышления	2. позитивные расстройства
В. кататонические расстройства	

3. Установите соответствие

А. Болезнь Альцгеймера	1. Эмоциональная лабильность, слабодушие
Б. Сосудистая деменция	2. Апраксия, дизартрия, агнозия
В. Болезнь Пика	3. Эйфория, беспечность, гиперсексуальность

4. Установите соответствие внутриличностных конфликтов:

А. Истерический	1. “хочу, но не дают”
Б. Неврастенический	2. “хочу, но не могу”
В. Психастенический	3. “хочу, но боюсь”

5. Установите соответствие:

А. Истерическое расстройство личности	1. Театральность, демонстративность, желание признания
Б. Параноальное расстройство личности	2. Подозрительность, недоверчивость, застревание на одних и тех же мыслях и аффектах
В. Зависимое расстройство личности	3. Внушаемость, безынициативность, подчиняемость, заниженная самооценка

Ответы:

1. А -1; Б -3; В - 1
2. А, В - 2; Б - 1
3. А - 2; Б - 1; В - 3
4. А - 1; Б - 2; В – 3
5. А -1; Б - 2; В – 3

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1

К невропатологу направлен больной по поводу нарушений сна. При осмотре сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но, несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается

литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на "ты" и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, обладает огромной властью. Подвижен, с трудом удерживается на одном месте, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.

1. *Назовите основные симптомы:*
   а) бред отношения
   б) бред величия
   в) бред одержимости
   г) кататоническое возбуждение
2. *Назовите основной синдром:*
   а) паранойяльный
   б) маниакальный
   в) депрессивный
   г) апатоабулический
3. *Поставьте предварительный диагноз:*
   а) БАР (маниакальная фаза)
   б) эпилептические сумерки
   в) шизофрения
   г) алкогольный делирий

Задача №2

Женщина 18 лет, узнав неожиданно о том, что ее любовник, с которым она намеревалась в последующем вступить в брак, в действительности женат и имеет детей, стала вести себя нелепо: по-детски лепетала, неправильно застегивала одежду, хныкала, ела руками, не отвечала на вопросы.

1. *Наиболее вероятный диагноз:*
   а) шизофрения
   б) реактивный психоз
   в) ипохондрический невроз
   г) нет признаков психического заболевания
2. *Какая форма расстройства у данной пациентки:*
   а) параноид
   б) ступор
   в) депрессия
   г) пуэрилизм
3. *Какой прогноз заболевания:*
   а) полное выздоровление
   б) формирование нестойкой ремиссии
   в) хроническое непрогредиентное течение
   г) формирование апатоабулического дефекта

Ответы:
Задача 1: 1) б; 2)б; 3) а
Задача 2: 1) в; 2) г; 3) а

Тестовые задания открытого типа

1. Дайте определение понятию «неврозы»:

Ответ: непсихотические расстройства, связанные с тяжело переживаемым конфликтом, сопровождающиеся нарушениями в соматовегетативной сфере. В основе неврозов - внутриличностный конфликт.

2. Дайте определение понятию «аутизм»:

Ответ: нарастающая пассивность, невозможность построения «линии жизни» называется. Характерен для расстройств артистического спектра, шизофрении.

3. Какие симптомы свидетельствуют о поражении лобных долей головного мозга:
Ответ: неврологические - нарушение письма и счета, неспособность различать правое и левое.

Психические - эйфоричность, аспонтанность, асоциальное поведение, расторможенность влечений.

4. Дайте определение понятию «витальная тоска». К какому синдрому относится этот симптом?
Ответ: Физическое ощущение боли и тяжести в груди. Депрессивный синдром.

5. Дайте определение понятию «дисфория». Для каких заболеваний/психических расстройств характерны такие эмоциональные нарушения?
Ответ: Злобно-тоскливое настроение, проявляющееся мрачностью и агрессивностью больного и длящееся непродолжительное время. Эпилепсия, эпилептоидная психопатия, ПОС, эксплозивный вариант.

6. Ответьте на вопросы к задаче:
- Выделите психопатологические симптомы и синдромы, поставьте предварительный диагноз. Пациентка О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия.
Ответ:
- Психопатологические симптомы: гипотимия, скорбная мимика, брадидинамия, брадифрения, сенестопатии, снижение аппетита, идеи самообвинения, триада Протопопова (тахикардия, запоры, мидриаз), сухость слизистых.
- Депрессивный синдром.

7. Ответьте на вопросы к задаче:
- Выделите психопатологические симптомы и синдромы, поставьте предварительный диагноз. Больная убеждена, что кто – то воздействует на нее и вызывает различные ощущения со стороны внутренних органов. Ощущения больной комментируются незнакомым голосом. Об этом знают все окружающие так как они по-особенному смотрят на нее, перешептываются Ответ:
- Психопатологические симптомы: психические автоматизмы, бред воздействия, псевдогаллюцинации, бред отношения
- Синдром Кандинского – Клерамбо
- Диагноз: параноидная шизофрения

8. Ответьте на вопросы к задаче:
- Квалифицируйте состояние и поставьте предварительный диагноз. Больной З., 86 лет, колхозник. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатри- ческой больнице. Жалуется на отсутствие лишь зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. В отделении спокоен. В обращении с врачом, больными вежлив, предупре- дителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но, встретив врача через несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал, сейчас ходил ей сена задавал». Любит говорить о днях своей молодости, помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события гражданской войны, в которой принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает — то заявляет, что у него их вообще нет, то называет несколько имен, но каждый раз новые. Ответ:
- Корсаковский синдром
- Атеросклеротическая (сосудистая) деменция

9. О каком виде расстройства сознания идет речь?
Военнослужащий К., 20 лет. Доставлен в психиатрическую больницу. В сопроводительных документах описано следующее: «Среди ночи внезапно встал с постели, бесцельно бродил по казарме, затем вышел в коридор на лестничную площадку, балкон, где перелез на ряд других балконов, разбил окна, влез в комнату и уснул на стульях». Ответ:
- Сумеречное помрачение сознания

10. Определить синдром и поставьте предварительный диагноз. Больная М., 55 лет, уборщица. Замуж вышла в 22 года. Трое детей и муж погибли в войну. В 1948 г. умер сын от туберкулеза легких. Потеряв последнего сына, много плакала, считала себя прямой виновницей его смерти. Окружающие заметили перемену в ее характере. Она стала угрюмой, раздражительной, подозрительной, вступала в конфликты с соседями, обвиняла их в плохом отношении к ней. Затем со слезами просила прощения у них за грубость. Боясь отрав- ления, перестала готовить пищу на общей кухне. Вскоре тревога усилилась. Сослуживцам по работе заявляла, что она «великая грешница» и недостойна находиться среди «славных людей». В психиатрической клинике заявляла, что слышит «голоса», рассказывающие о ее прошлой жизни. Они упрекают ее, называют неприличными словами, а также говорят: «хищница», «убийца», «кровопийца». Угнетена, мимика скорбная, целыми днями стоит в позе «кающейся грешницы». Физическое состояние: больная пониженного питания, кожа сухая, подкожный жировой слой выражен слабо. Тоны сердца глухие. Наклонность к запорам. Ответ:
- Тревожно - депрессивный синдром
- Инволюционная депрессия

Примерные ситуационные задачи
Задача 1
Пациент Б., 22 года. Психическое заболевание возникло остро в связи с недавно перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него "сгнило", дыхание "застывает", выпали все зубы, в груди пусто, "все сгнило". Отказывался от еды на том основании, что у него "нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый", все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.
1. Выделите основные симптомы:
сенестопатии, висцеральные галлюцинации, деперсонализация, депрессивные ипохондрические бредовые идеи, психические автоматизмы.
2. Выделите синдром:
Галлюцинаторно-бредовый (нигилистический) синдром (Котара)
3. Поставьте предварительный диагноз: Параноидная шизофрения

Задача 2.
Пациентка Больная Т., 29 лет. В родах отмечалась асфиксия, в раннем детстве явления атопического дерматита. По характеру была малообщительна, близких друзей не имела, отмечалась повышенной чувствительностью и ранимостью. Заболевание манифестировало в возрасте 23 лет. Первые 2 приступа имели типичную депрессивно-параноидную структуру, особенностью которых являлись длительно сохраняющиеся субдепрессивные расстройства с идеями отношения. Структура ремиссий характеризовалась относительно высокой личностной сохранностью и социальной адаптацией.
Ухудшение состояния за 2 недели до госпитализации: стала вялой, рассеянной, считала, что на работе к ней изменилось отношение. В дальнейшем появились идеи самообвинения, говорила, что будет мучиться всю жизнь, не хотела никого видеть. Накануне госпитализации развилось выраженное возбуждение: не отвечала на вопросы, была растеряна, что-то бессвязно кричала, рыдала. При поступлении оказывала сопротивление персоналу, выплевывала пищу и препараты, иногда громко кричала, внезапно падала на пол, билась об него телом. Характер переживаний не выявлялся, речь была отрывочной, бессвязной, со страхом оглядывалась вокруг. Больной был назначен тизерцин 50 мг, трифлуперазин 15 мг. На следующий день больная на вопросы

не отвечала, оказывала сопротивление процедурам, тонус мышц был повышен по пластическому типу. С этого дня отмечалось ухудшение соматического состояния: появилась температура до 38 градусов с неправильным характером температурной кривой, тахикардия до 140 ударов в минуту, сухость и бледность кожных покровов, гиперемия, сальность лица, колебания АД. Данных за соматическую причину повышения температуры не было. В последующие 3 дня состояние больной продолжало ухудшаться, нарастали признаки токсикоза. Большую часть времени больная находилась в постели с отрешенным взглядом. Периодически становилась возбужденной, что-то бессвязно кричала, возбуждение было стереотипным и ограничивалась пределами постели. Несколько раз становилась относительно доступной, сказала, что внутри головы слышит «голоса» неприятного содержания.

1. Выделите основные синдромы:
   Синдромы: парноидный, кататонический, онейроидный
2. Поставьте предварительный диагноз:
   Шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение. Фебрильный приступ тяжелой степени.
3. Обоснуйте диагноз:

- чрезвычайной остроты и быстроты симптоматики в развитии последнего приступа. В течение нескольких дней резчайшее кататоническое возбуждение сменяется кататоническим ступором с развитием онейроидного помрачения сознания. Ухудшение психического состояния коррелирует с утяжелением соматического статуса. Появление температурной кривой неправильного характера с фебрильными цифрами, неустойчивость АД, вегетативные расстройства, отсутствие соматических причин повышения температуры позволяют говорить о фебрильном приступе шизофрении тяжелой степени.
- особенностей заболевания в целом (достаточно четко очерченные приступы депрессивно-параноидной структуры, высокий уровень социальной адаптации и минимальная выраженность изменений личности) позволяют говорить о приступообразном течении параноидной шизофрении. В преморбидном периоде обращает на себя внимание отягощенность экзогенно-органическими факторами (асфиксия в родах), неблагополучный аллергический анамнез (атопический дерматит в детстве).

4. Тактика терапии

Госпитализация в отделение интенсивной терапии.
Решение вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии.
Ликвидация гиповолемии и коррекция кислотно-основного состояния (в зависимости от лабораторных показателей). Объем вводимых жидкостей от 3 до 7 литров в сутки.
Устранение гипертермии.
Профилактика отека мозга (маннитол, лазикс, сульфат магнезии в/в).
Использование больших доз ноотропов (р-р 20% мексидол – 2 раза в сутки).
Коррекция вегетативных нарушений (транквилизаторы с вегетостабилизирующим действием (0,5% седуксен до 8 мл – суточная доза)).
Профилактика вторичных инфекций (антибиотики)
После стабилизации тяжелого состояния синдромальное поддерживающее лечение нейролептиками (рисперидон, оланзапин).
Реабилитационные мероприятия: наблюдение психиатра, противорецидивная терапия нейролептиками (рисперидон, оланзапин), неврологический и соматический контроль за развитием побочных эффектов, психообразование родственников, профессиональная и психологическая реабилитация. При наличии выраженной социальной дезадаптации направление на МСЭ.

Задача 3.

Пациентка 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.

	1. Поставьте диагноз: Симптоматическая (посттравматическая) фокальная эпилепсия с вторично-генерализованными судорожными приступами. Статус вторично-генерализованных судорожных приступов. 2. Обследование: ЭЭГ, консультация невролога, офтальмолога, спинномозговая пункция, МРТ головного мозга. 3. Терапия: На догоспитальном этапе: уложить пациентку на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей в/в медленно 0,5% р-р реланиума (сибазона, диазепама) 4 мл в 10 -20 мл 10% раствора глюкозы 1% лазикс 2 мл в/м 25% р-р сульфата магнезии 10 мл в/в медленно или в/м при неэффективности – через 15-20 минут повторить введение бензодиазепиновых производных в той же дозе. Госпитализация в реанимационное отделение: при отсутствии эффекта от бензодиазепинов: депакин 400 мг в/в капельно с последующим капельным введением 25 мг/кг – суточная доза со скоростью 1 мг/кг/час или 20% р-р натрия оксибутирата 50-150 мг/кг/сутки при неэффективности - проведение наркоза (I - II ступень хирургической стадии), при отсутствии стойкого эффекта - сверхдлинный комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов и искусственной вентиляции легких (ИВЛ). мониторирование и коррекция гемодинамических, метаболических и висцеральных функций. При восстановлении сознания – антиконвульсанты per os в соответствии с типом приступов (вальпроаты 750 мг – 2 раза)
	Примерные практические навыки • Уметь выявлять у пациентов патологических состояний, симптомов и синдромов психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения; • Уметь описывать психический статус. • Уметь назначать дополнительные методы обследования • Уметь интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; • Уметь оценивать морфофункциональные и физиологические состояния, патологические процессы в организме • Уметь проводить психиатрическое, неврологическое и общесоматическое исследования пациентов • Заполнить медицинскую документацию при госпитализации пациентов в психиатрический стационар
ОПК-5	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 46, 47, 82-84, 87-89, 92-94, 96, 98-100, 106, 110-123, 127-129, 176-179 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Биопсихосоциальная терапия в психиатрии. Основные составляющие. Применение в практике. 2. Нейролептики (антипсихотики). Механизм действия, классификация. Клиническое применение. 3. Фебрильный приступ шизофрении. Клиника, лечение. 4. Злокачественный нейролептический синдром. Клиника, лечение. 5. Эпилептический статус. Клиника, лечение. 6. Особенности ухода за психически больными (при отказе от еды, с суицидальными тенденциями). 7. Особенности ухода за психически больными (со склонностью к побегам, агрессии). 8. Экстренная помощь при отравлениях нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами, корректорами, антиконвульсантами. **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля (№№ 71, 73, 86, 91, 100, 101, 121, 122, 123, 124, 125, 127 128, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 147, 187, 213, 223, 231, 234, 239,**

	243, 247, 249, 251, 253, 316, 317, 376, 388, 389, 390 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Общие принципы психофармакотерапии. 2. Особенности терапии нейролептиками пациентов с психическими расстройствами. 3. Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Коррекция нарушений. 4. Антидепрессанты. Механизм действия, классификация. Клиническое применение. 5. Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами. 6. Транквилизаторы. Классификация, показания к применению. 7. Общие принципы назначения противоэпилептических препаратов. 8. Особенности терапии противоэпилептическими препаратами в зависимости от типа эпилептических приступов
	Тестовые задания (разноуровневые)для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. В основе классификации психотропных средств положен принцип а) химической структуры препаратов б) фармакологического механизма действия препаратов в) эмпирической группировки психотропных препаратов в зависимости от характера их клинического воздействия г) биохимический д) клинико-психологический 2. Собственно психотропное действие препаратов включает разнообразные психопатологические нарушения, а именно а) повышенную активность, стремление к деятельности б) оживление мимики, моторики в) эти расстройства возникают у больных и здоровых лиц, принимающих психотропные препараты г) ничего из перечисленного 3. Антидепрессанты включают а) трициклические (соединения) антидепрессанты б) четырехциклические антидепрессанты в) ингибиторы моноаминоксидазы г) ничего из перечисленного 4. Психостимуляторы включают а) амфетамины б) производные дифенилметана (пиридрол, меридил) в) сиднонимины (сиднокарб, сиднофен) г) все перечисленное д) верно а и в 5. К нормотимикам относится а) феназепам б) клоназепам в) трифтазин г) карбамазепин 6. Спектр психотропной активности аминазина включает а) седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения) б) общее антипсихотическое действие а) элективное антипсихотическое действие г) антигаллюцинаторное действие 7. Тизерцин более эффективен а) при онейроидно-кататоническом возбуждении б) при тревожно-депрессивном возбуждении в) придепрессивно-параноидном возбуждении г) при маниакальном возбуждении д) при всем перечисленном 8. К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) относят а) делоксетин

	б) мапротилин в) сертралин г) миансерин д) флуоксетин 9. Ограничением к назначению бензодиазепинов на длительный срок является а) выраженный синдром отмены б) длительный период полувыведения в) аддиктивный потенциал г) высокая частота летальных исходов 10. Действие большинства антидепрессантов направлено на повышение в мозге уровня а) ацетилхолина б) норадреналина в) дофамина г) серотонина 11. Атипичным антипсихотиком с выраженным седативным действием является а) арипипразол б) клозапин в) кветиапин г) трифтазин 12. К нейролептикам относятся а) феназепам б) сонопакс г) сонапакс д) галоперидол 13. К антидепрессантам с отчетливым седативным свойством относят а) флуоксетин б) миртазапин в) имипрамин г) венлафаксин 14. К нормотимикам относят а) хлорпромазин б) соль лития в) буспирон г) диазепам 15. К характерным побочным эффектам нейролептической терапии относят а) гипертензивный эффект б) гипотензивный эффект в) усиление аппетита г) синдром раздраженного кишечника 16. К атипичным антипсихотикам относят а) оланзапин б) галоперидол в) этаперазин г) клопиксол 17. В основе действия большинства нейролептиков лежит воздействие на а) ГАМК-рецепторы б) М-холинорецепторы в) бензодиазепиновые рецепторы г) дофаминовые рецепторы 18. Гиперпролактинемия наиболее часто вызывается применением а) антипсихотиков б) транквилизаторов в) нормотимиков г) антидепрессантов 19. Глобальное антипсихотическое действие нейролептиков описывается как а) затормаживающее б) инцизивное * в) избирательное

г) дезингибирующее
20. Тимоаналептическое действие характерно для препаратов из группы
а) анксиолитиков
б) антидепрессантов
в) нейролептиков
г) тимостабилизаторов

Ответы на тестовые задания
1 - в
2 - абв
3 - абв
4 - г
5 - г
6 - аб
7 - д
8 - ад
9 - в
10 - г
11 - б
12 - бд
13 - б
14 - б
15 - б
16 - а
17 - г
18 - а
19 - б
20 - б

2 уровень:

1. Соотнесите группу препаратов с их характеристикой

1. Нейролептики	А. Группа лекарственных препаратов, основным свойством которых является способность стабилизировать настроение
2. Антидепрессанты	Б. Группа лекарственных препаратов, подавляющих высшую нервную деятельность человека и используемые для лечения симптомов психоза.
3. Нормотимики	В. Группа лекарственных препаратов с тимоаналептическим эффектом, нормализующих активность нейромедиаторов (например, серотонина, норадреналина, дофамина)
4. Транквилизаторы	Г. Группа психотропных лекарственных препаратов с противотревожным эффектом, снимающих беспокойство и внутреннее напряжение, тревогу

2. Соотнесите группу препаратов с ее представителями

1. Нейролептики	А. Кломипрамин, Флуоксетин, Миансерин
2. Антидепрессанты	Б. Тералиджен, фенибут, элениум
3. Транквилизаторы	В. Клозапин, трифлоуперазин, арипипразол
	Г. Феназепам, клоназепам, алпразолам

3. Соотнесите заболевание и лечение

1. Шизофрения	А. Нормотимики
2. Депрессия	Б. Антидепрессанты
3. Биполярное аффективное расстройство	В. Транквилизаторы
	Г. Нейролептики

Ответы на задания 2 уровня:
1) 1 – Б; 2 – В; 3 – А; 4 – Г.

2) 1 – В; 2 – А; 3 – Г.
3) 1 – Г; 2 – Б; 3 – А.

3 уровень:
Выберите правильные варианты ответов
Задача №1. Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять, что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждению не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.
Определите ведущий синдром:
а. астенический
б. ипохондрический
в. дисморфоманический
г. истерический
Выберите группу препаратов для лечения:
а. антидепрессанты
б. нейролептики
в. нормотимики
г. ноотропы
Определите комплекс терапевтических мероприятий:
а. психофармакотерапия
б. психотерапия
в. направление на МСЭ
г. признание недееспособным

Задача №2. Больной 19 лет. С 14 лет стали возникать колебания настроения, появилось чувство апатии, ничего не хотелось делать, ощущал свою беспомощность, утомляемость, такие состояния проходили через 2-3 недели. С 15 лет возникает постоянное желание мыть руки, проводил за этим занятием много времени, после того как отходил от умывальника, сразу возникала мысль, что руки всё-таки грязные, понимал нелепость своих опасений, но ничего не мог с собой поделать. Мысль о загрязнении постоянно преследовала больного. Был стационирован.
Выделите ведущий синдром:
а. диссоциативный
б. астенический
в. гипоманиакальный
г. обсессивно-компульсивный
В лечении показано назначение препарата:
а. сертралин
б. хлорпромазин
в. тиоридазин
г. фенибут
Определите комплекс терапевтических мероприятий:
а. психофармакотерапия
б. психотерапия
в. направление на МСЭ
г. признание недееспособным

Ответы
Задача №1: 1) в; 2) б; 3) а.
Задача №2: 1) г; 2) а; 3) а, б.

Тестовые задания открытого типа

1. Инцизивное действие препарата - это
Ответ: способность препарата недифференцированно и равномерно редуцировать различные проявления психоза (галлюцинаторно-бредовую, кататоническую и психомоторную симптоматику) и препятствовать прогредиентности заболевания

2. Назовите основные показания к назначению терапии солями лития:
Ответ: соли лития назначают при биполярном аффективном расстройстве, шизоаффективных расстройствах для длительного, в течение многих лет, десятилетий лечения. Они обладают нормотимическим (противорецидивным) эффектом.

3. Дайте определение электросудорожной терапии
Ответ: Метод психиатрического и неврологического лечения, при котором эпилептиформный большой судорожный припадок вызывается пропусканием электрического тока через головной мозг пациента с целью достижения лечебного эффекта

4. Назовите основные нежелательные явления при применении типичных антипсихотиков
Ответ: экстрапирамидные симптомы: брадикинезия, мышечная ригидность, симптом зубчатого колеса, тремор конечностей, слюнотечение, тризм, высовывание языка, акатизия.

5. Охарактеризуйте препарат тригексифенидил
Ответ: центральный Н-холиноблокатор и периферический М-холиноблокатор, применяется для коррекции экстрапирамидных симптомов при применении нейролептиков. Назначается в средних дозах 2 мг в сутки.

6. Ответьте на вопросы задачи
- назовите ведущий синдром
- назовите предпочтительную группу препаратов для лечения, приведите пример
К невропатологу впервые направлен больной по поводу нарушений сна. Сообщил, что спит очень мало, 1-2 часа за сутки, но несмотря на это очень деятелен, активен, ночью занимается литературным творчеством. Во время беседы стремится к монологу, не дает врачу задать вопрос. Легко соскальзывает на эротические темы, не удерживает дистанции в общении с врачом, легко переходит на "ты" и панибратский тон, вступает в конфликты с окружающими. Сообщает о себе, что является человеком выдающихся способностей, подвижен, мимика яркая, глаза блестят, слизистые сухие.
Ответ:
1. ведущий синдром – маниакальный (сон 1-2 часа в сутки, деятелен, активен, подвижен, мимика яркая, не удерживает дистанцию в общении).
2. препараты выбора – нормотимики (например, соли лития, вальпроевая кислота).

7. Ответьте на вопросы задачи
- предположите диагноз, обоснуйте
- назовите предпочтительную группу препаратов для лечения
Пациент 18 лет. Заболел остро, внезапно расстроился сон, не спал три ночи, мысли в голове путались, пропадали. Стал неадекватным, озирался по сторонам, не мог сосредоточиться. Окружающее, казалось, наполненным особым символическим смыслом, на улице, казалось, разыгрывается какая-то «комедия», окружающие люди разделились на врагов и друзей. Постоянно менялось настроение, то становился восторженным – на лице состояние экстаза, то наоборот, становилось страшно, совершал неожиданные нелепые поступки
Ответ:
1. предположительный диагноз: шизофрения. Обоснование: мысли в голове путались, пропадали (шперрунг), симптом инсценировки, нелепое поведение и поступки.
2. препараты выбора – нейролептики (например, рисперидон, оланзапин).

8. Ответьте на вопросы задачи
- назовите описанный синдром
- определите тактику лечения

	Пациентка 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. Ответ: 1. синдром Капгра. 2. тактика – назначение нейролептиков. 9. Ответьте на вопросы задачи - назовите ведущий синдром - определите тактику лечения, приведите примеры препаратов Больная Ф., 24 года. В течение месяца находится в клинике. Мало доступна контакту, заторможена. Большую часть времени проводит в постели, не проявляя интереса к окружающему, нередко взгляд направлен в одну точку - на стену, где с удивлением что-то разглядывает, иногда улыбается и вновь становится безучастной. В процессе барбамилового растормаживания оживляется, улыбается, охотно сообщает, что вечерами участвует в удивительных и причудливых событиях. На стенах палаты видит себя в сказочных садах, дворах, теремах, с ней происходят фантастические события, как в сказочных преставлениях; она участвует в сражениях с чудовищами. Окружающих больных принимает за стражей. Днем «видения» исчезают и мир становится «серым, обыденным». Постепенно речь становится все более замедленной, заторможенной и больная вновь замолкает. Ответ: 1. онейроидное помрачение сознания. 2. терапия нейролептиками (галоперидол, рисперидон). 10. Ответьте на вопросы задачи - назовите ведущий синдром - определите тактику лечения, приведите примеры препаратов Больной Н. 39 лет, страдает хроническим гастродуоденитом. Очередное обострение сопровождалось абдоминальными болями, снижением аппетита, похуданием, тошнотой. Наряду с повышенной утомляемостью и снижением работоспособности появились мысли об онкопатологии. Настойчиво просил врачей о проведении дополнительного обследования. В процессе лечения купировался болевой синдром, восстановился прежний вес, уменьшилась выраженность астении. Однако, опасения «ракового перерождения» сохраняются. При актуализации страха становится назойливым. При разубеждении соглашается с необоснованностью страха, заявляет, что сам «прогнать мысли о раке» не может. Ответ: 1. синдром фобический (канцерофобия). 2. препараты выбора – антидепрессанты (флувоксамин, кломипрамин)
	Примерные ситуационные задачи **Задача 1.** Больная О., 43 года, сама обратилась к психиатру. Она вошла в кабинет и присела на краешек стула подальше от стола. Выражение лица скорбное, над верхним веком складка. Говорит она, опустив голову, смотрит на руки, которыми перебирает краешек платья. При беседе позы она не меняет, лишь иногда тоскливо смотрит в окно. Жалуется на плохое настроение в течение 3 недель, отсутствие интереса к повседневным делам, нежелание жить. Она уже пробовала покончить с собой, и эти мысли до сих пор ее не покидают. Речь больной замедлена, столь же замедлена и моторика. Она, указывая на область сердца, говорит, что у "нее на груди камень, что она совсем не спит и не ест, и от этого страдают ее дети; наверное, чтобы они со мной не мучились, лучше себя убить". Жалуется она также на запоры, сухость слизистых. Обнаружен мидриаз и тахикардия Вопросы: 1. Определите симптомы, синдромы 2. Выделите ведущий синдром, поставьте предварительный диагноз 3. Определите тактику врача Решение:

	1. Гипотимия, брадикинезия, брадифрения, апатия, суицидальные мысли поступки, сенестопатии (кардиалгии), нарушения сна (бессонница), снижение пищевого влечения, Триада Протопопова (тахикардия, мидриаз, запоры), складка Верагута 2. Депрессивный синдром (гипотимия, брадикинезия, брадифрения). Депрессивный эпизод тяжелый 3. Стационарное лечение. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, начать с 75 мг, затем при неэффективности увеличение дозировки, с последующим переходом на per os) **Задача 2.** Пациент М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пассивен, формально отвечал на вопросы. К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бреда и галлюцинаций выявлено не было. При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Сомато-неврологически без особенностей. Вопросы: 1. Выделите синдромы 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Определите тактику врача Решение: 1. Синдромы: нарастающей аутизации, апатоабулический, нарушения мышления в виде разноплановости 2. Диагноз: шизофрения, простая форма, непрерывное течение с нарастающим дефектом. 3. Тактика терапии 1) Госпитализация в психиатрическую больницу. 2) Нейролептики с активизирующим действием (кветиапин, рисперидон). **Задача 3.** Больная 54 лет, домашняя хозяйка. Последние 7 мес. постепенно нарастает тоска, страх. Все труднее становилось выполнять работу, пропал аппетит. Бывали мысли о самоубийстве. У больной тоскливое, напряженное выражение лица, испытывает страх и тревогу за семью. Опасается, что с нею и с ее родными может случиться что-то, во всем видит дурное предзнаменование, ничем не может заниматься, все "валится из рук", ни к чему нет интереса, все потеряло смысл. У сына болезнь печени, он может умереть, тогда они останутся без средств, т.к. она не может работать в таком состоянии, не верит, что она поправится, без конца просит врачей подтвердить, что она будет здорова, что они скрывают от нее неизлечимую болезнь. Суетлива, временами возбуждение нарастает, ломает руки, мечется по палате Вопросы: 1. Выделите симптомы, ведущий синдром 2. Проведите дифференциальную диагностику 3. Определите тактику терапии Решение 1. Симптомы: снижение настроения, страх, трудности с выполнением работы, снижения аппетита, наличие суицидальных мыслей, а также наличие возбуждения, суетливость, заламывание рук. Синдром: тревожно-депрессивный с элементами ажитированной депрессии 2. Необходимо дифференцировать депрессивный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное. 3. Тактика терапии Госпитализация в психиатрическую больницу. Антидепрессанты с седативным действием (амитриптилин в/в, затем с переходом на per os); нормотимики (соли лития или карбамазепин)

	Примерный перечень практических навыков • Умение проводить дифференциальную психофармакотерапию с использованием всех групп психотропных средств и разных способов их введения, включая внутривенный струйный и внутривенный капельный • Умение корригировать расстройства сна • Умение купировать психомоторное возбуждение • Умение корригировать расстройства настроения • Умение предупреждать побочные эффекты биологической терапии, включая: • Умение корригировать хронические неврологические побочные эффекты терапии психотропными средствами • Умение корригировать соматовегетативные побочные эффекты терапии психотропными средствами
ОПК-6	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 46, 90, 92, 113-129, 131, 163-179 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 11. Биопсихосоциальная терапия в психиатрии. Основные составляющие. Применение в практике. 12. Психотерапия. Определение. Основные направления, формы, методы, показания к применению. 13. Умственная отсталость, этиология, патогенез, классификация, критерии степени тяжести умственной отсталости, терапия, прогноз. 14. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, терапия, реабилитация. 15. Неврастения, клиника, течение. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе неврастенического симптомокомплекса. Терапия. 16. Обсессивно-компульсивное и фобическое расстройство. Клиника, течение, клинические формы. Терапия 17. Диссоциативные расстройства. Вопросы этиопатогенеза. Основные клинические проявления. Дифференциальный диагноз диссоциативных соматических и неврологических расстройств. Терапия 18. Тревожные расстройства. Этиология, клиника, диагностика, терапия **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(№№ 150-163, 191, 276, 299, 302, 367, 375, 380, 388, 391, 408 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Направления и формы психотерапии. 2. Дать сравнительную характеристику основных направлений психотерапии. 3. Методы психотерапии, показания к применению. 4. Рациональная психотерапия, основные понятия, приемы, показания к применению. 5. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение, аутогенная тренировка), основные понятия, приемы, показания к применению. 6. Бихевиорально-когнитивная терапия, основные понятия, приемы, показания к применению 7. Психодинамическое направление психотерапии, основные понятия, приемы, показания к применению 8. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, основные понятия, приемы, показания к применению
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. Основной целью реабилитации в психиатрии является: а) достижение ремиссии заболевания б) предоставление технических средств реабилитации в) ресоциализация (восстановление или сохранение) индивидуальной и общественной ценности пациента г) соблюдение законных прав и интересов пациента 2. Превентивно-сберегающая реабилитация это:

	а) оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труд б) предупреждение развития того или иного дефекта вследствие болезни в) предупреждение обострения заболевания г) разработка индивидуальной программы реабилитации 3. В качестве индикаторов результативности психосоциальных воздействий используются: а) клинические показатели б) уровень социальной адаптации в) фармакоэкономические показатели г) трудоустройство пациентов 4. Инвалид - это: а) лицо с незначительными нарушениями здоровья б) лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма в) лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы г) лицо в состоянии ограниченной функциональной активности организма 5. Обязанности, возлагающиеся на государственную службу медико-социальной экспертизы: а) лечение и реабилитация инвалидов б) определение группы инвалидности, ее причины и сроков в) оказание медико-социальной помощи инвалидам г) социальная защита инвалидов 6. Психиатрическая помощь, согласно ч.1 ст.1 закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» включает в себя: а) обследование психического здоровья граждан диагностику психических расстройств б) лечение в) медико-социальную реабилитацию г) все вышеперечисленное 7. Основным принципом психосоциальной терапии и реабилитации является: а) раннее начало работы (на любом этапе), комплексность и непрерывность воздействия б) начало работы только после достижения стойкой медикаментозной ремиссии в виде повторных воздействий в) начало работы на этапе завершения стационарного лечения для приближения пациента к обычным жизненным требованиям г) начало работы на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи, исходя из индивидуальных потребностей и проблем, связанных с заболеванием 8. Среди этапов работы по трудоустройству психически больных пациентов выделяют: а) построение адекватных взаимоотношений с трудовым коллективом и начальством б) работу с рабочим коллективом или группой учащихся, куда будет направлен пациент вне зависимости от характера трудовой реабилитации в) работу в рамках обычных условий, под опекой врача-психиатра психоневрологического диспансера г) сохранение работы 9. Среди обязательных мер реабилитации больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре, являются: а) терапия средой б) метакогнитивный тренинг в) трудотерапия г) определение реабилитационного прогноза 10. К методам нейропсихологической реабилитации относится: а) трудотерапия б) аутогенная тренировка в) релаксация г) обучение мнемоническим приёмам 11. С принципами психосоциальной терапии больных с частыми госпитализациями соотносится: а) нерегулярный, спонтанный характер психосоциальной терапии и реабилитации в зависимости от обращения пациента б) кратковременный, периодический характер психосоциальной работы при обострениях заболевания

	в) непрерывность и длительность психосоциальных вмешательств на всех этапах ведения больных г) периодически повторяющийся характер психосоциальных вмешательств на подострых этапах (после купирования обострений заболевания) 12. Принципиальным положением психосоциальной реабилитации является: а) непрерывность с повторными поддерживающими психосоциальными воздействиями б) периодичность (редкие повторные психосоциальные воздействия с длительными периодами отдыха) в) однократность (необходимость одномоментных поддерживающих психосоциальных воздействий, нацеленных на стабильный результат) г) ежегодный характер поддерживающих психосоциальных воздействий как продолжение терапии обострений 13. К форме организации реабилитационного процесса относят: а) клубы психиатров б) любые общественные места для проведения досуга в) дома престарелых г) клубные дома (club house) 14. Второй этап психосоциальной реабилитации больных шизофренией определяется как этап: а) инструментальной и эмоциональной поддержки б) активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия) в) закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления г) практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевый функций и социальный позиций 15. Когнитивная реабилитация у пациентов с деменцией должна быть направлена на: а) конкретные аспекты повседневной деятельности и охватывать несколько мишеней воздействия б) механическую тренировку памяти, внимания и пространственной ориентации в) постоянное обеспечение ориентирующей информацией в реальной обстановке г) расширение объёма кратковременной памяти и обучение мнемотехникам 16. Важным принципом психосоциальной реабилитации является то, что выбор формы вмешательства должен производиться исходя из: а) потребности и представлений лечащего врача б) реальной потребности конкретного больного в) получаемой пациентом медикаментозной терапии г) требований родственников пациента 17. Среди обязательных мер реабилитации больных шизофренией, проходящих лечение в стационаре, присутствуют: а) терапия средой б) когнитивная ремедиация в) обучение самоуходу г) определение реабилитационного прогноза 18. Социальный работник (специалист по социальной работе) воздействует на следующие уровни поражения: а) биологический б) психологический в) социальный г) юридический 19. Базовой установкой в проведении семейных реабилитационных программ при оказании психиатрической помощи является: а) ориентация на помощь семье в целом б) ориентация на помощь пациенту в) подчёркивание слабости функциональной системы семьи г) подчёркивание роли семьи в провокации болезни 20. Психообразовательные занятия с пациентами включаются в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для больных шизофренией: а) на различных этапах заболевания

б) в периоды обострений для быстрого восстановления критики
в) в периоды нарушения критики к своему состоянию
г) исключительно в периоды вне обострения заболевания

Ответы на тестовые задания:
1- в
2- б
3- абг
4- б
5- б
6 - д
7- а
8- аг
9- авг
10- г
11- в
12- а
13- г
14- г
15- а
16- б
17- авг
18- абв
19- а
20- а

2 уровень:
1. Соответствие аспекта психосоциальной реабилитации и его функции:

1. Психотерапия	А. организация структурированных программ, которые помогают пациентам восстановить и развить свои навыки и способности
2. Социальная поддержка	Б. проведение специальных программ и занятий, направленных на развитие навыков самоуправления, коммуникации, работы и учебы
3. Тренинги и обучение	В. помощь пациентам в разрешении эмоциональных и психологических проблем, развитие навыков саморегуляции и улучшение качества жизни
4. Реабилитационные программы	Г. предоставление пациентам информации, ресурсов и услуг, необходимых для их социальной адаптации и интеграции в общество

2. Соответствие специалиста в психосоциальной реабилитации и его функции:

1. Психиатр	А. оценка социальных потребностей пациента, помощь в получении финансовой поддержки, поиске жилья, трудоустройстве и образовании
2. Психолог	Б. развитие навыков самоуправления, улучшение коммуникации и преодоление эмоциональных проблем
3. Социальный работник	В. помощь в развитии навыков самообслуживания, социальной адаптации, улучшение когнитивных функций и восстановление навыки работы
4. Реабилитационный специалист	Г. определение диагноза, назначение и контроль лекарственного лечения, а также оценка эффективности реабилитационных программ

3. Подберите соответствие:

1. Благоприятный реабилитационный прогноз	А. неясный прогноз на восстановление индивидуальных показателей здоровья и функций организма
2. Сомнительный (неопределенный) реабилитационный прогноз	Б. возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшения степени их ограничения или стабилизации

3. Неблагоприятный реабилитационный прогноз	В. возможность полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной, в том числе трудовой, интеграции инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий
	Г. отсутствует возможность восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности, а также каких-либо существенных положительных изменений (незначительный результат) в личностном, социальном и социально-средовом статусе инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий

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

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1 Пациент С., 54 года, инвалид 2 группы. Диагноз: шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение.

Родился в г. Кирове старшим из двух детей. Родители злоупотребляли алкоголем. В школе учился удовлетворительно, однако был излишне подвижным, неусидчивым, рано стал употреблять спиртные напитки, курить. Образование 9 классов, работал слесарем, каменщиком, характеризовался отрицательно из-за злоупотребления алкоголем, неоднократно привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. С 1986 года наблюдается у психиатра с диагнозом «шизофрения». В клинической картине преобладают психопатоподобные формы поведения. С 1990 года состоял в гражданском браке, от брака имел дочь, которая трагически погибла (утонула). Супруга злоупотребляла спиртным, семья распалась. В последующем неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. В 2010 году проходил в качестве потерпевшего по уголовному делу, в ходе расследования дела находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе, в дальнейшем был переведен в общепсихиатрическое отделение для лечения. После окончания курса лечения не мог быть выписан, так как в результате пожара дом, в котором проживал и был зарегистрирован пациент, был признан аварийным и подлежащим сносу, а социальные и родственные связи отсутствовали. Жильцы аварийного дома были расселены кроме пациента С., который в это время находился в стационаре.

1. К первому этапу реабилитации пациента относится:

а) рациональное трудоустройство
б) когнитивный тренинг
в) активная биологическая терапия
г) семейная психотерапия

2. Реабилитационный прогноз у данного пациента:

а) неблагоприятный
б) сомнительный (неопределенный)
в) относительно благоприятный
г) благоприятный

3. Виды жилья под защитой для психически больных:

а) жилье на огороженной и защищаемой территории
б) жилье, находящееся под вневедомственной охраной
в) медико-реабилитационного отделения для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи
г) общежитие при учебных заведениях или предприятиях
д) собственное жилье, проживание в котором осуществляется совместно с родственниками.

Задача №2 Больной К., 84 года, пенсионер. Поступление в стационар первичное. В течение последних пяти лет родственники отмечают прогрессирующее снижение памяти и интеллекта. Пациент самостоятельно не может сходить в магазин, пищу дома не готовит; выходя из дома самостоятельно, не может найти дорогу обратно.

Психическое состояние: сознание сохранено, называет свое имя, фамилию. Не знает свой возраст, место нахождения, текущую дату, год. Не может назвать время года, домашний адрес.

	Жалоб на здоровье не предъявляет. Причину госпитализации не знает, не знает дату госпитализации. Ответы односложные, смысл обращенных вопросов, окружающую обстановку недоосмысляет. Не может последовательно изложить анамнез жизни, не помнит события последних пяти лет. Эмоции малодифференцированные. Бреда, обманов восприятия нет. В поведении спокоен, пассивен, бездеятелен, окружающей обстановкой не тяготится. Себя не обслуживает. При экспериментально-психологическом исследовании выявляется малопродуктивность психической деятельности, неспособность к сосредоточению внимания, значительное снижение памяти и интеллекта, отсутствие критических и прогностических способностей. *1. Сформулировать предварительный диагноз:* а) сосудистая деменция б) органическое бредовое расстройство в) болезнь Пика г) болезнь Альцгеймера *2. Возможная тематика тренингов в рамках постдиагностического ухода за пациентом с деменциями:* а) психодрама б) восстановление бытовых и двигательных навыков в) повышение уровня общего и специального образования г) обучение само- и взаимопомощи при заболеваниях и травмах *3. Реабилитационный прогноз у данного пациента:* а) относительно благоприятный б) сомнительный (неопределенный) в) благоприятный г) неблагоприятный Ответы: Задача 1: 1) в 2) а 3) в Задача 2: 1) а 2) б 3) г
	Тестовые задания открытого типа 1. Дайте определение направлению психосоциальной реабилитации - психологическая коррекция Ответ: психологическая коррекция - направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида 2. Дайте определение методу психотерапии – когнитивная психотерапия Ответ: когнитивная психотерапия – психотерапия, направленная направлена на изменение нецелесообразных мыслей и убеждений человека, в процессе которой пациент учится решать проблемы и находить выходы из ситуаций, прежде казавшихся ему непреодолимыми. 3. Дайте определение эмпатии: Ответ: эмпатия – эмоциональный отклик, сопереживание и умение погрузиться во внутренний мир пациента, и общаться на этом уровне в течение всей беседы, если этого требует ситуация. 4. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром - назначьте психофармакотерапию Больной сосредоточен на обстоятельствах, связанных с психической травмой. Выражение лица страдальческое, больной легко плачет, жалуется на тоску, "тяжесть на душе", страхи. При обращении к нему отвечает кратко, неохотно, после длительных пауз. Большую часть времени неподвижно лежит в постели, закрыв лицо руками. Ответ 1. Психопатологические симптомы: тревога, сниженное настроение, двигательная заторможенность, замедление мыслительной деятельности, ведущий синдром – тревожно-депрессивный. 2. Антидепрессанты, транквилизаторы коротким курсом.

5. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- определите перечень специалистов, оказывающих бригадную помощь при данном заболевании
Больной утверждает, что стал предметом изучения каких-то ученых, убежден в этом. Они постоянно изменяют вокруг него обстановку, вызывают различные ощущения со стороны внутренних органов. Иногда подключают к голове голос, который рассказывает им о его ощущениях. Ощущения больного комментируются другим голосом, который доносится из-за стены. Об этом эксперименте знают все окружающие больного люди, так как они по-особенному смотрят на него, перешептываются.
Ответ
1. Психопатологические симптомы: бредовые идеи воздействия и отношения, вербальные псевдогаллюцинации комментирующего характера, ведущий синдром – параноидный.
2. Психиатр, медицинский психолог, психотерапевт, социальный работник.

6. Ответьте на вопросы к задаче:
- опишите поэтапную программу реабилитации
Больная 23 лет. Впервые заболела в 18 лет, появилось недовольство своей внешностью. Считала себя уродливой, жаловалась матери, что незнакомые люди на улице обращают на неё внимание отворачиваются, дают понять, что им неприятно видеть её уродливое лицо, разубеждениям не поддавалась. Старалась не выходить на улицу, была напряжена, тревожна. Госпитализирована в психиатрическую больницу. Выписана без улучшения. Стала грубой, отчуждённой от семьи упорно добивалась пластических операций, грозила самоубийством в случае отказа, была вновь госпитализирована.
Ответ
1. Поэтапная программа реабилитации:
1) Активная биологическая и психосоциальная терапия
2) Практическое освоение приближенных к прежним или новых ролевых функций и социальных позиций
3) Закрепление и поддержка неполного или полного социального восстановления.

7. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите ведущий синдром
- определите наиболее эффективный метод психотерапии при данном заболевании
Больная Н., 34 лет обратилась с жалобами на «постоянные сомнения». Будучи подростком, читала книгу о сифилисе, когда почувствовала, что из неё «что-то вылилось». Появился непреодолимый страх заражения сифилисом. С тех пор регулярно обследуется, половую жизнь не ведёт. В последнее время ведёт тетрадь, где записывает время ухода из дома и время приезда на работу (время до работы занимает 40 мин). делает это для того, чтобы не было сомнений, что кто-то с ней не сделал акт насилия и не заразил сифилисом. Приезжая домой или на работу 30 минут моет руки, несмотря на то что ездит в перчатках. Во время еды, также всё записывает, так как возникают сомнения, принимала ли она пищу.
Ответ
1. Ведущий синдром: обсессивно-компульсивный
2. Когнитивно-поведенческая психотерапия.

8. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите предварительный клинический диагноз
- определите реабилитационный прогноз
Больная Т. Заболела в возрасте 48 лет. Наблюдалось нарастающее снижение памяти, больная теряла или не находила различные вещи. Испытывала затруднения в счёте денег. Постепенно нарастала беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули.
Ответ
1. Предварительный диагноз: деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.
2. Прогноз неблагоприятный

	9. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите предварительный клинический диагноз - дайте рекомендации по продолжению трудовой деятельности Пациентка 23-х лет, мед.сестра, повторно обращается к пластическим хирургам с жалобами на «некрасивый» нос, который «портит всю форму лица» и который «мешает нормально жить» т.к. окружающие на улице и коллеги на работе постоянно замечают этот дефект. При осмотре нос правильной формы, отмечаются гармоничные черты лица. Объективно данных за косметический дефект нет. После нескольких отказов один из хирургов соглашается прооперировать пациентку по ее настоянию. Через две недели после операции пациентка обращается к хирургу с жалобой на то, что «нос стал еще более уродливым», требует повторной операции, обвиняет врача в умышленном причинении вреда, постоянно является в клинику и устраивает скандалы, поджидает врача после работы. По настоянию матери пациентка согласилась проконсультироваться у психиатра. В ходе беседы врач отметил особенности мышления больной в виде выраженной нелогичности умозаключений, наклонности к бессмысленному рассуждательству и символизму. В отношении переживаний разубеждению не поддается. Ответ 1. Предварительный диагноз: Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года. 2. Рекомендации по трудовой деятельности: в настоящее время имеются противопоказания для работы мед. сестрой. Рекомендовано рациональное трудоустройство. 10. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите предварительный клинический диагноз - определите основные направления психосоциальной реабилитации Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних двух лет стал "забывчивым", нарастает снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и эмоциональная лабильность. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры - "чтобы не путать". Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к неврологу за помощью по поводу снижения памяти и ухудшения внимания. Невролог установил диагноз дисциркуляторной энцефалопатии на фоне гипертонической болезни 2 ст., церебрального атеросклероза. Ответ 1. Предварительный диагноз: сосудистая деменция. 2. Направления психосоциальной реабилитации: фармакотерапия, когнитивный тренинг, психообразовательная программа, семейная психотерапия, тренинг социальных навыков
	Примерные ситуационные задачи **Задача 1.** Пациент Л., 60 лет, инвалид 2 группы. Диагноз: органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант. Родился в Кировской области младшим из трех детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей, в школе учился удовлетворительно, классы не дублировал, любил играть в футбол, хоккей. С 12-летнего возраста у пациента появились судорожные приступы с потерей сознания с частотой 1 раз в месяц. Мать работала фельдшером, скрывала наличие судорожных приступов у сына в связи с возможными социальными ограничениями. Образование 10 классов средней школы, училище по специальности «топограф». В армии не служил. В течение 20 работал по специальности в геофизических экспедициях, в последующем рабочим на меховой фабрике, разнорабочим. Был дважды женат, первый брак распался, супруга во втором браке злоупотребляла алкоголем, была судима с направлением в места лишения свободы. С 2003 году проживал с сожительницей в квартире без регистрации, принадлежавшей его матери, злоупотреблял спиртными напитками, не работал. В 2003 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 105, часть 1 УК РФ (убийство). В ходе следствия прошел судебно-психиатрическую экспертизу, в отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым. С 17.02.2004 по 30.03.2009 проходил принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением; 31.03.2009 г. переведен в стационар общего типа. В процессе лечения состояние пациента улучшилось: участвовал в реабилитационных мероприятиях, агрессивные

тенденции отсутствовали, судорожные приступы не отмечались с мая 2009 года. Постановлением суда принудительное лечение отменено 19.02.2010, в дальнейшем пациент находился в стационаре на общих основаниях в связи с утратой родственных и социальных связей и отсутствием жилья.

Вопросы:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Разработать комплексную программу психосоциальных воздействий и реабилитации.

Решение:

1. Предварительный диагноз: Органическое расстройство личности и поведения вследствие эпилепсии; эпилепсия, редкие генерализованные судорожные приступы; умеренно выраженный психоорганический синдром, смешанный вариант. В анамнезе совершение общественно-опасного деяния (убийство в состоянии невменяемости).

2. Программа психосоциальных воздействий и реабилитации.

Фармакотерапия. Назначение лекарственных препаратов для поддержания стойкой ремиссии заболевания.

Психообразование: модуль «Образование пациента и семьи» для понимания заболевания; модуль «Медикаментозная терапия» для обеспечения информацией о лекарствах, механизмах их действия, основных эффектах и побочных действиях; модуль «Решение проблем» нацелен на усиление способности пациента решать проблемы повседневной жизни; модуль «Ресурсы общества» предоставляет информацию об организациях помощи психически больным, групп поддержки; модуль «Тренинг коммуникативных навыков» для расширения сети межличностных контактов.

Психотерапия: когнитивно-поведенческая для коррекции неверно сформированных навыков и убеждений пациента.

Психологическая коррекция: проведение проблемно-ориентированных дискуссий по отношению пациента к приему спиртных напитков, функциональная тренировка поведения для выработки социально-приемлемых форм поведения.

Социальная работа: тренинги социальных навыков по взаимодействию с государственными учреждениями, распределению домашнего бюджета, ведению домашнего хозяйства, установлению межличностных отношений, возможности приобретения собственного жилья.

Задача 2.

Больной 28 лет. С детства замкнутый, отмечались беспричинные страхи. После окончания ПТУ работал газоэлектросварщиком, но с товарищами по работе не общался, держался высокомерно, замкнуто. За два года до стационирования явился в приёмную АН РФ, где представил обширный трактат с проектом по переустройству мира согласно «оптимальным условиям человеческого существования». Отказ воспринимал, как происки врагов, стал ходить по разным инстанциям, убеждая, что его враги специально хотят навредить стране и не принимают его предложений. Всех, от кого получал отказ, заносил в специальную схему, которую назвал «планом заговора». Писал жалобы в правоохранительные органы и прокуратуру.

Вопросы:

1. Установить предварительный клинический диагноз.
2. Составить поэтапную программу реабилитации.

Решение:

1. Предварительный клинический диагноз: Шизофрения, параноидная форма, период наблюдения менее года.
2. Поэтапная программа реабилитации:

1) Активная биологическая и психосоциальная терапия (назначение лекарственных препаратов для поддержания стойкой ремиссии заболевания, психообразовательные программы, когнитивно-поведенческая психотерапия, психологическая коррекция)

2) Практическое освоение приближенных к прежним или новых ролевых функций и социальных позиций (рациональное трудоустройство, семейная психотерапия, тренинги социальных навыков)

3) Закрепление и поддержка неполного или полного социального восстановления.

Задача 3

Больная 47 лет. Больна на протяжении 12 лет. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

	Первый раз стационировалась в ПБ с резким снижением настроения, в голове была «путаница», считала, что окружающие её люди замышляют недоброе, хотят отравить. После лечения состояние нормализовалось, но стала значительно менее активной, не смогла работать. С диагнозом «Шизофрения» получила 2 группу инвалидности. Принимала поддерживающую терапию нерегулярно. Состояние вновь резко изменилось: стала возбуждённой, многоречивой, не спала ночами, декламировала стихи, слышала «голоса» в голове, ощущала воздействие «лазера» на своё тело и голову. После лечения в ПБ стала спокойнее, но оставалась бездеятельной, безучастной, эмоционально холодной. «Голоса в голове возникают эпизодически, но значительного влияния на поведение не оказывают. **Вопросы:** 1. Установить тип дефекта. 2. Определить прогноз течения заболевания 3. Перечислить возможные методы психотерапии. **Решение:** 1. Тип дефекта: смешанный (параноидный, апато-абулический) 2. Прогноз неблагоприятный 3. Методы психотерапии: - когнитивно-поведенческая терапия (индивидуальная, групповая): а) снижение и четкое структурирование поступающей информации б) ограждение от раздражителей в) возобновление повседневных (бытовых) умений и навыков г) эмоционально-сдержанное взаимодействие с окружающими людьми д) распознавание ранних симптомов рецидива - семейная терапия (психообразовательная, системная, аналитическая, терапевтическая)
	Примерный перечень практических навыков • Выявить у больного симптомы и синдромы психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения • Поставить предварительный клинический диагноз • Определить реабилитационный прогноз • Составить индивидуальную программу реабилитации пациента
ОПК-7	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 130, 132-140, 143-147 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Принципы осуществления психиатрического освидетельствования. 2. Судебная психиатрия, ее цели и задачи 3. Вменяемость и невменяемость в уголовном праве и судебной психиатрии. 4. Дееспособность и недееспособность в гражданском праве и судебной психиатрии 5. Правовое и нормативное обеспечение судебно-психиатрической экспертизы. Ее цель, задачи, основания для назначения и порядок производства. Система организации судебно-психиатрической экспертизы. 6. Основания для проведения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе, ее виды и субъекты 7. Амбулаторная и стационарная экспертизы. Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном разбирательстве и в кабинете следователя. Заочная и посмертная судебно-психиатрические экспертизы. 8. Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных и несовершеннолетних. 9. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Виды, порядок и особенности ее проведения. **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(№№ 410-435 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 1. Организация судебно-психиатрической экспертизы. 2. Основы законодательства по судебно-психиатрической экспертизе 3. Проведение судебно-психиатрической экспертизы. 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе. 5. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.

	6. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста. 7. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних. 8. Заключение судебно-психиатрической экспертизы. 9. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых (подсудимых)
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. Граждане, при первичной постановке на воинский учет и страдающие симптоматическими психозами при резко выраженных стойких психических нарушениях признаются: а) годными к военной службе; б) годными к военной службе с незначительными ограничениями; в) ограниченно годными к военной службе; г) не годными к военной службе 2. В случае недобровольной госпитализации гражданин должен быть освидетельствован в течение: а) суток б) 48 часов в) 10 дней г) месяца 3. Психиатрическое освидетельствование проводится для определения наличия: а) противопоказаний для проведения процедуры пирсинга и шрамирования б) противопоказаний и ограничений для вступления в брак в) психического расстройства и вида психиатрической помощи г) противопоказаний для нанесения татуировок 4. После достижения устойчивой ремиссии биполярного аффективного расстройства длительностью 2 года рекомендуются осмотры с частотой 1 раз в _____ а) 6 месяцев б) 12 месяцев в) месяц г) 3 месяца 5. Повторные осмотры при ремиссии шизофрении проводят один раз в (в месяцах) а) 12 б) 6-9 в) 1-3 г) 3-6 6. Решение комиссии о пригодности (непригодности) работника к выполнению вида деятельности (работы в условиях повышенной опасности) в письменной форме выдается работнику под расписку в течение ____дней после его принятия: а) 3 б) 10 в) 15 г) 30 7. Судебно - психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назнаяается для решения вопроса: а) о признании недействительности сделки, совершенной недееспособным лицом б) о лишении родительских прав в) о назначении опеки над недееспособным лицом г) о вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения деликта 8. Недобровольная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, осуществляется, если пациент: а) высказывает бредовые идеи б) опасен для себя или окружающих в) конфликтует с родственниками г) отказывается от лечения

9. Предварительные и периодические медицинские осмотры с целью определения годности работников, занятых на работы с вредными и опасными условиями труда, проводится медицинскими организациями
   а) государственными и муниципальными
   б) любой формы собственности
   в) исключительно частными
   г) исключительно государственными
10. Пожилые пациента с тяжелым депрессивным эпизодом:
   а) подлежать оформлению инвалидности
   б) недееспособны
   в) ограничено трудоспособны
   г) нетрудоспособны
11. Стойко выраженное расстройство функций организма вследствие психического расстройства, которое приводит к невозможности работать, либо обучаться, является основанием для оформления:
   а) листка нетрудоспособности
   б) 1 группы инвалидности
   в) 2 группы инвалидности
   г) 3 группы инвалидности
12. При наличии эндогенного психоза (шизофрении, шизотипического расстройства, хронического бредового расстройства, аффективных психозов) призывник признается:
   а) не годным к военной службе
   б) годным к военной службе с незначительным ограничением
   в) ограниченно годным к военной службе
   г) временно не годным к военной службе
13. Психиатрическое освидетельствование проводится для определения:
   а) потребности госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях в недобровольном порядкеЭ
   б) способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу
   в) страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи
   г) потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе
14. Инвалидность больным шизофрении оформляют при наличии:
   а) агрессии и аутоагрессии
   б) выраженной апатии и абулии
   в) псевдогаллюцинаций и бреда воздействия
   г) помрачения сознания
15. Заключение о наличии патологического аффекта у обвиняемого входит в компетенцию:
   а) следователя
   б) врача судебно - психиатрического эксперта
   в) медицинского психолога
   г) суда
16. Срок стационарной судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать:
   а) 7 дней
   б) 20 дней
   в) 30 дней
   г) не ограничен
17. Что входит в медицинский критерий невменяемости?
   а) временное психическое расстройство
   б) хроническое психическое расстройство
   в) иное болезненное состояние психики
   г) неболезненные нарушения психики
   д) слабоумие
18. По результатам обязательного психиатрического освидетельствования гражданин может быть признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности:

а) на срок не более 5 лет с правом последующего переосвидетельствования
б) на срок не более 10 лет с правом последующего переосвидетельствования
в) на срок не более 2 лет с правом последующего переосвидетельствования
г) бессрочно, без права повторного переосвидетельствования

19. Сколько существует категорий годности к военной службе?
    а) 4
    б) 10
    в) 5
    г) 3
20. Психическое расстройство, вследствие которого пациент не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу является основанием для оформления
    а) 1 группы инвалидности
    б) 2 группы инвалидности
    в) листка нетрудоспособности
    г) 3 группы инвалидности

Ответы на тестовые задания

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

2 уровень:

1. Установите соответствие:

А. Вменяемость	1. Неспособность лица во время совершения преступления в силу психического расстройства в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими.
Б. Невменяемость	2. Способность лица понимать совершаемое им действие (бездействие) и руководить ими.
В. Ограниченная вменяемость	3. Состояние, во время которого лицо не может осознавать фактический характер своих действий (бездействия)либо руководить ими.

2. Установить соответствие:

А. I группа инвалидности	1. Умеренные нарушения, дефект, затрудненная социальная адаптация.
Б. II группа инвалидности	2. Постоянно нужен посторонний уход и контроль.
В. III группа инвалидности	3. Выраженные нарушения, дефект, социальная дезадаптация.

3. Установить соответствие:

А. Аггравация	1. Преувеличение симптомов имеющегося заболевания.
Б. Метасимуляция	2. Продление заболевания, предъявление уже исчезнувших симптомов расстройства
В. Сюрсимуляция	3. Изображение симптомов, не свойственных имеющемуся расстройству

Ответы:
1. А - 2; Б - 3; В - 1.
2. А - 2; Б - 3; В - 1.
3. А - 1; Б - 2; В – 3

3 уровень:
Выберите правильные варианты ответов.
Задача №1.
Пациент Ш., 36 лет, работник полиции. Участвовал в боевых действиях, получил ЧМТ минно-взрывного характера. Доставлен в судебно- психиатрическое отделение больницы из камеры предварительного заключения. Всегда был исполнительным, трудолюбивым и дисциплинированным. Однажды утром, как обычно, собрался на работу, взял оружие, но вдруг с отчаянным криком: «Бей фашистов!» - выбежал на улицу. Соседи видели, как он с пистолетом в руках, продолжая что-то кричать, бежал вдоль квартала. Тут же раздались выстрелы. Обеспокоенные случившимся соседи вызвали наряд милиции. Больной был задержан в соседнем квартале, притом оказал бурное сопротивление. Был возбужден, бледен, продолжал выкрикивать угрозы в адрес «фашистов». Недалеко от него на земле лежали трое раненых случайных прохожих. Спустя примерно час больной очнулся в отделении полиции, долго не мог поверить, что им совершено тяжкое преступление. Он помнил, что был дома, но последующие события полностью выпали из памяти больного. Убедившись в реальности произошедших событий, он дал реакцию глубокого отчаяния, упрекал себя в содеянном, пытался покончить жизнь самоубийством.
Назовите ведущий синдром
1. Назовите предварительный диагноз
а) шизофрения, параноидная форма
б) реактивный истерический психоз
в) сумеречное помрачение сознания
г) болезнь Пика
2. Срок стационарной судебно-психиатрической экспертизы не должен превышать:
а) 7 дней
б) 20 дней
в) 30 дней
г) не ограничен
3. По результатам СПЭ пациент будет признан
а) вменяемым
б) невменяемым
в) ограниченно вменяемым
г) недееспособным
Ответы:
1. В
2. В
3. Б

Задача №2
Пациентка К. 20 лет. Поступление в психиатрическую больницу повторное. Доставлена психобригадой в сопровождении матери в связи с ухудшением психического состояния в течение нескольких дней: нарушился сон, стала агрессивна к родным, была неадекватна в поведении, разговаривала сама с собой, испытывала слуховые обманы восприятия, громко кричала, нецензурно бранилась. Ранее неоднократно проходила стационарное лечение в ПБ. История жизни: наследственность психопатологически отягощена. Родилась от 1 беременности на фоне тошноты, угрозы самопроизвольного аборта, острого гастрита, ХФПН. Роды срочные в 38 недель. Безводный период 2 часа. Родилась с массой тела 3380, ростом 48 см, окружностью головы 35

	см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Наблюдалась неврологом в связи с ППЦНС гипоксически-токсического генеза. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Гепатиты, венерические заболевания, туберкулёз отрицает. Не курит. Операции, травмы отрицает. Объективно: сознание не помрачено. В личности и месте ориентирована, за календарной датой не следит. Контакт формальный, нелепа в высказываниях, на вопросы отвечает не по существу, зрительный контакт не поддерживает. Моторно напряжена, суетлива, движения порывистые, импульсивные. Настроение неустойчивое, легко аффектируется, эмоционально однообразна, мимика скудная. Мышление паралогической, с соскальзываниями. Сообщила, что у неё «болит все тело, нужно УЗИ всего, у меня рак, глаукома и переломы». Суицидальные мысли не высказывает. Критики к состоянию нет. Сон нарушен, аппетит в норме. *1. Установите диагноз:* А) БАР, маниакальная фаза Б) Шизофрения, параноидная форма В) Шизофрения, гебефреническая форма Г) Эмоционально - неустойчивое расстройство личности *2. Установите предварительно группу инвалидности* А) 1 группа инвалидности Б) 2 группа инвалидности В) 3 группа инвалидности Г) группа инвалидности не показана *3. Обязательные осмотры врачей-специалистов для представления на МСЭ включает в себя:* А) Терапевт, невролог, офтальмолог, психолог Б) Терапевт, хирург, невролог В) Терапевт, эндокринолог, психолог, офтальмолог Г) Терапевт, ЛОР, гинеколог, невролог Ответы: 1. Б 2. Б 3. А
	Тестовые задания открытого типа 1. Дайте определение понятию «симуляция». Какие виды симуляции существуют? Ответ: Сознательное притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства и осуществляемое с корыстными целями (избежать наказание). Аггравация, метасимуляция, сюрсимуляция. 2. Назовите виды судебно - психиатрической экспертизы: Ответ: судебно - психиатрическая экспертиза в кабинете следователя, амбулаторная судебно - психиатрическая экспертиза, стационарная судебно - психиатрическая экспертиза, в судебном процессе, заочная, посмертная. 3. Что относится к юридическому критерию вменяемости? Ответ: интеллектуальный признак (критичность к своему состоянию); волевой признак (способность руководить своими действиями/бездействиями). 4. Что относится к медицинскому критерию при определении невменяемости? Ответ: наличие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия, иного болезненного состояния психики. 5. Что такое принудительные меры медицинского характера: Ответ: специальные меры, направленные на излечение/ улучшение психического состояния лица, совершившего общественно опасное деяние, признанного невменяемым, и предупреждение совершения повторных правонарушений. Назначается, контролируется, прекращается по решению суда.

6. Что такое принцип ступенчатости, используемый при назначении принудительных мер медицинского характера:
Ответ: постепенное изменение вида принудительной меры медицинского характера от более строгой к менее строгой до полной ее отмены. Переосвидетельствование проводится 1 раз в 6 месяцев.

7. Дайте определение понятию «недееспособность»:
Ответ: неспособность человека вследствие психического расстройства понимать свои права, своими действиями приобретать и осуществлять гражданские обязанности.

8. Категория Д - не годен к военной службе определяется, если:
Ответ: человек перенёс психотическое расстройство или страдает им, человек с психопатическими расстройствами личности, слабоумием

9. Что подразумевается под понятием «экспертиза нетрудоспособности»?
Ответ: определение причин, длительности, степени временной или стойкой трудоспособности, а также определение потребности человека в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

10. Назовите условия для признания человека инвалидом:
Ответ: Наличие заболевания со стойким расстройством функций организма. Ограничение жизнедеятельности той или иной степени (способность к самообслуживанию, передвижению, ориентировке, общению, контроль поведения, обучению, трудовой деятельности). Необходимость лица в реабилитации и абилитации.

Ситуационные задачи
Задача 1.
Гражданка А.А. Зверева, 37 лет обвиняется в организации убийства И.А. Поляковой и убийстве С.М. Фофановой. Работала врачом, одновременно активно посещала курсы по «биоэнергетике и целительству», публиковала объявления с саморекламой в газетах, давала интервью, имела частную практику. На учете у психиатров не состояла и в психиатрические стационары не помещалась.
Из материалов уголовного дела известно, что А.А. Зверева уговорила своего знакомого А.С. Мальцева за определенную плату совершить убийство И.А. Поляковой. Она же, используя знания в области медицины, с целью завладения комнатой в коммунальной квартире совершила убийство С.М. Фофановой, сделав ей инъекции лекарственных средств, от которых последняя скончалась на месте. В процессе следствия А.А. Зверева от дачи показаний отказывалась, ссылаясь на плохое самочувствие. Как следует из имеющейся в личном деле медицинской книжки, несколько месяцев назад она стала предъявлять жалобы на страхи, заявляла, что ее хотят убить. Была осмотрена врачом-психиатром, который отметил, что ее жалобы не укладываются в клиническую картину какого-либо психического заболевания, поведение носит установочный характер.
При стационарной судебно-психиатрической экспертизе установлено: А.А. Зверева в ясном сознании, правильно ориентирована в месте, времени и окружающем. Во время беседы стремится представить себя полностью несостоятельной. Демонстрирует непонимание смысла задаваемых ей вопросов, независимо от степени их сложности. Предъявляет жалобы на отсутствие памяти, говорит, что не помнит даты своей жизни, отказывается совершить простейшие арифметические действия. Утверждает, что не знает, за что ее арестовали, и не понимает, куда и зачем ее привезли. Перед началом беседы демонстративно отряхивает полой халата стул, на который садится, заявляя, что «боится заразиться чужой энергетикой». Те же движения совершает и в конце беседы, вставая со стула, поясняет, что «боится оставить свою энергетику, так как ею могут воспользоваться «злые люди». По своей инициативе, без расспросов со стороны врача-эксперта начинает рассказывать, что в период ее пребывания в тюрьме на нее «воздействовали передатчиком», к ней «подсаживали переодетых милиционеров», в головы которых были вмонтированы «передатчики». Утверждает, что в психиатрическом отделении за ней также следят, временами она «видит домового». Подробно описывает его внешний вид, одежду, говорит, что видит его так же ясно, как сидящего перед ней врача. При этом внимательно следит, какое впе-

чатление производят ее высказывания. При уточняющих вопросах, уловив сомнение в тоне собеседника, раздражается, теряется, краснеет. При расспросах о правонарушении она, несмотря на утверждения, что не понимает, в чем ее обвиняют, дает выраженную эмоциональную реакцию, свидетельствующую о сохранности критической оценки сложившейся ситуации. В отделении временами ходит обнаженная, ложится на пол. При экспериментальном психологическом исследовании выявляется несоответствие характера поведения А.А. Зверевой, качества ее ответов и имеющегося у нее высокого образовательного уровня, жизненного опыта и выполняемой ранее работы. Исследование памяти выявляет недостоверные результаты. При личностном обследовании выявляется высокая активность, настойчивость в достижении желаемого, демонстративность, склонность к самооправданию. Обнаруживается также настороженность, стремление избежать откровенности.

1. Имеется ли у А.А. Зверевой психическое заболевание?

Ответ: А.А. Зверевой не имеется психического заболевания. Преступления она совершала осмысленно.

2. Могла ли А.А. Зверева осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими в периоды, относящиеся к инкриминируемым ей деяниям.

Могла осознавать и осознавала, так как цель ее деяний была – завладеть комнатой в коммунальной квартире.

3. Какие симптомы симулирует больная?

-Симуляция психотического состояния (амнезия, навязчивые действия, ипохондрический бред, бредовые идеи воздействия, зрительные галлюцинации)

Задача 2.

Гражданка А.С. Ивлева, 70 лет обратилась в суд с заявлением о признании брака недействительным. Установлено, что в течение ряда лет А.С. Ивлева постоянно конфликтовала с соседями по коммунальной квартире, заявляла, что в ее отсутствие они входят в квартиру, портят и крадут у нее вещи, хотят отравить ее. А.С. Ивлева меняла замки, обращалась с заявлениями нелепого содержания в различные учреждения. С «целью защиты от происков соседей» вступила в брак с мужчиной моложе ее. После регистрации брака и прописки ответчик не жил в ней, она была госпитализирована в психиатрическую больницу с диагнозом: «инволюционный психоз». Во время проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы у А.С. Ивлевой выявлены стойкие бредовые идеи ущерба, преследования, отравления.

1. Перечислите симптомы и синдромы психических расстройств, имеющиеся у больной.

Ответ: бред малого размаха (ущерба, преследования, отравления). Параноидный синдром. Инволюционный параноид.

2. Укажите медицинский и юридический критерии, в соответствии с которыми больная признана

Ответ: Медицинский: хроническое психическое расстройство на фоне инновационного бредового психоза.

Юридический: ограниченная вменяемость

3. Сформулируйте экспертное заключение в соответствии со статьей ГК РФ.

Ответ: Гражданка А.С. Ивлева страдает психическим заболеванием, развившемся задолго до оспариваемого гражданского акта в период регистрации брака не могла понимать значения своим действиям и руководить ими

Примерные практические навыки

- Уметь выявлять у пациентов патологических состояний, симптомов и синдромов психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения;
- Уметь собирать подробный анамнез
- Уметь описывать психический статус.
- Уметь определять показания для направления на МСЭ
- Уметь определять показания для направления на военную экспертизу
- Уметь оценивать степень психического нарушения
- Уметь проводить психиатрическое, неврологическое и общесоматическое исследования пациентов
- Заполнить медицинскую документацию при проведении экспертизы

ОПК-8	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 123, 129, 131, 148-153, 180 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 19. Лечение психических расстройств при травматических поражениях головного мозга (в остром, начальном и отдаленном периодах) 20. Предмет и задачи социальной психиатрии. Понятие социальной психиатрии. Методы социальной психиатрии. 21. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии. Факторы, влияющие на психическое здоровье населения. 22. Понятие экологической психиатрии. Методы экологической психиатрии. 23. Психиатрия катастроф: чрезвычайные ситуации как причина психической дезадаптации; клиника и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях; систематика экстремальных психогенных расстройств; посттравматическое стрессовое расстройство; организация экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций. 24. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, дизонтогенез, асинхронии развития, акселерация и ретардация. Патологический пубертатный криз. 25. Правовые и этические вопросы детской психиатрии, особенности законодательства при оказании психиатрической помощи детям и подросткам. Конвенция о правах ребенка 26. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(№№ 162, 163, 191, 201, 202, 207, 231, 276, 299, 302, 337-354, 368, 391, 408 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)** 15. Социальная реабилитация, виды, показания к применению. 16. Психотерапевтические методы в реабилитации пациентов с психическими расстройствами. 17. Понятия психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация и этапы их проведения при шизофрении 18. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта. 19. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов. 20. Профилактика суицидов. 21. Профилактика и лечение психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом и сосудистыми нарушениями головного мозга на различных этапах течения. 22. Терапия невротических расстройств (медикаментозное лечение и психотерапия).
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. Основные виды психиатрической помощи: а) психиатрическое освидетельствование б) амбулаторная психиатрическая помощь в) психиатрическая госпитализация г) активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, в общесоматической сети д) все вышеперечисленное е) ничего из вышеперечисленного 2. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи: а) получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью б) оценку степени нарушений психической деятельности в) объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии г) ни одну из перечисленных д) все перечисленные

	3. Для профилактики биполярного аффективного расстройства второго типа препаратом выбора является: а) карбамазепин б) ламотриджин в) лития карбонат г) вальпроевая кислота 4. Психическое здоровье – это: а) не только отсутствие психического заболевания, но и психосоциальное благополучие человека, которое позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества б) отсутствие психического заболевания, что позволяет личности реализовать собственный потенциал, помогает противостоять стрессу, продуктивно работать и вносить свой вклад в развитие общества в) отсутствие психического заболевания не включает психосоциальное благополучие человека, позволяющее личности реализовать собственный потенциал, но помогает противостоять стрессу г) все утверждения верны 5. Стандартное занятие по психообразованию длится: а) 20-30 мин б) 30-40 мин в) 45-60 мин г) более 60 мин 6. Эффективность профилактической терапии при биполярном аффективном расстройстве оценивают через: а) 6 недель б) 6 месяцев в) 3 месяца г) 1 год 7. Профилактическая терапия, направленная на предотвращение рецидивов при шизофрении, должна проводиться как минимум а) 1 год б) 5 лет в) 6 месяцев г) 10 лет 8. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывает фактор: а) здоровой наследственности б) уровня культуры населения в) качества и доступности медицинской помощи г) физической выносливости 9. Общественное здоровье характеризует показатель: а) рождаемости б) трудовой активности населения в) заболеваемости г) профессиональной пригодности 10. Решение об установлении диспансерного наблюдения или его прекращении принимает а) главный врач б) суд в) участковый психиатр г) врачебная комиссия 11. Психиатрическое освидетельствование лица, находящегося под диспансерным наблюдением, может быть проведено: а) без его согласия или без согласия его законного представителя б) только с его согласия в) только с разрешения главного врача г) с согласия его законного представителя 12. Решение врачебной комиссии для перевода пациента с диспансерного наблюдения в группу оказания амбулаторной помощи при добровольном обращении требуется:

	а) в спорных случаях б) при наличии соответствующего решения администрации медицинского учреждения в) ни в каких случаях г) во всех случаях 13. Пациент снимается с диспансерного наблюдения с кодом 7 «отсутствие сведений в течение длительного времени» в случае, если: а) о его местонахождении нет сведений в течение длительного времени (не менее 3-5 лет) б) если о больном диспансерной группы (в т. ч. и о больном, находящемся на активном диспансерном наблюдении) в течение года, несмотря на принятые меры, не удается установить достоверных сведений о его нахождении и состоянии в) отсутствия в течение 5 лет госпитализаций, выписок из стационара, данных за совершение общественно-опасных деяний и каких-либо иных сведений г) если врачу-психиатру участковому становится известно о факте его смерти, имеются копии документов, подтверждающих данный факт 14. Целью третичной профилактики являются: а) адаптационная б) медицинская в) социальная г) трудовая 15. Виды профилактики психических расстройств: а) вторичная б) первичная в) третичная г) четвертичная а) видом оказания специализированной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами б) видом принудительных мер медицинского характера, назначаемым психически больным с противоправным поведением в) подвидом диспансерного наблюдения, который устанавливается в отношении больных, склонных к совершению общественно опасных действий г) подвидом медицинской помощи лицам с психическими расстройствами и нарушениями поведения с гетероагрессией 17. К особенностям организации активного диспансерного наблюдения относится: а) возможность применения к больному недобровольных видов оказания психиатрической помощи б) назначение больному антипсихотических препаратов с пролонгированным действием в) периодичность наблюдения пациента участковым психиатром с частотой не реже 1 раза в месяц г) применение биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи 18. Вторичная профилактика психических заболеваний — это: а) система мер, направленных на предупреждение инвалидности, борьбу с самоизоляцией б) система мер, направленных на лечение больных, сдерживание темпа прогредиентности, предупреждение рецидивов в) система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам г) ничего из вышеперечисленного 19. Факторы суицидального риска у лиц с тяжелыми психическими расстройствами: а) апатия б) бредовые идеи самообвинения и самоуничижения в) витальная тоска г) личностная огрубленность г) эмоциональная холодность 20. К мероприятиям первичной профилактики относят: а) индивидуальное консультирование б) психодиагностическое обследование в) семейное консультирование г) раннее выявление больных психическими расстройствами

Ответы на тестовые задания:

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

2 уровень:

1. Соотнесите термин и определение:

1. Первичная профилактика	А. предупреждение инвалидности
2. Вторичная профилактика	Б. возвращение больных к общественно полезной жизни
3. Третичная профилактика	В. раннее выявление и лечение психических заболеваний, диспансеризация пациентов с целью предупреждения рецидива или обострения психического расстройства
	Г. предупреждение возникновения психических заболеваний у контингента здоровых лиц

2. Соотнесите группу диспансерного наблюдения и минимальную периодичность диспансерных приемов:

1. Д-1	А. не реже 1 раза в год
2. Д-2	Б. не реже 1 раза в 3 месяца
3. Д-3	В. не реже 1 раза в месяц
4. Д-4	Г. в течение первого года – не реже 1 раза в месяц, в дальнейшем – не реже 1 раза в 2 месяца

3. Подберите соответствие:

1. Первичная профилактика	А. Показатель первичной заболеваемости
2. Вторичная профилактика	Б. Показатель инвалидизации
3. Третичная профилактика	В. Показатель смертности
	Г. Показатель болезненности (распространенности)

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

3 уровень:

Выберите правильные варианты ответов.

Задача №1 Пациентка К., 40 лет, поступление в стационар повторное в связи с ухудшением психического состояния: снижение настроения, тревожность, отказывалась от приема пищи, ночью не спала, под воздействием «голосов» пыталась душить мать в связи с чем была вызвана психиатрическая бригада скорой медицинской помощи.

Родилась в г. Кирове, младшей из 2-х детей в семье служащих. Ранее развитие без особенностей. В школу пошла своевременно, училась хорошо. По характеру была замкнутой, подруг было немного. Со слов пациентки, «трудно было выстраивать отношения с противоположным полом». После школы окончила колледж искусств, заочно консерваторию по классу фортепиано. Работала преподавателем в детской музыкальной школе, в колледже искусств. На работе характеризовалась положительно, однако близких подруг не имела, межличностные отношения носили формальный характер. Замужем не была, детей нет.

Ухудшение состояния с ощущением наплывов мыслей в голове, ощущение «звучания мыслей», в дальнейшем возникли «голоса» внутри головы императивного характера. Снизилось настроение, стала тревожной, отказывалась от приема пищи, ночью не спала. В день госпитализации не вышла на работу, под воздействием «голосов» пыталась душить мать. Госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи.

1. Сформулировать предварительный диагноз:

а) параноидная шизофрения

б) шизотипическое личностное расстройство

в) биполярное аффективное расстройство

г) шизоаффективное расстройство

2. Определить группу диспансерного наблюдения:

а) Д-3

б) Д-2

в) Д-4

г) Д-1

3. Определить направление вторичной профилактики данного заболевания:

а) определение группы инвалидности

б) психофармакотерапия

в) семейное консультирования

г) профилактические осмотры

Задача №2. Больной Т., 13 лет, учащийся. С детства послушный, спокойный, уравновешенный. Учится только на отлично, серьезно относится к занятиям, много времени уделяет урокам. Любит читать «серьезные «книги», политические обзоры в газетах. Пожаловался матери, что мысли возникают вопреки его желанию, вновь и вновь повторяются, мешают заниматься. Например: «решаю задачу о квадрате, вновь перебираю решение, хотя уже решил ее. Думаю, почему квадрат, что будет, если будет прямоугольником, цилиндром, а если — круг? Тогда будет ли он тем же квадратом? Решится ли задача? Иду по дороге и размышляю, почему кирпич лежит здесь, а что было бы, если бы он лежал в другом месте? Тянуло вернуться, еще и еще подумать и думать о «кирпиче». Постоянно считает окна второго этажа здания по дороге в школу, складывает номера машин и, если сумма оказывается меньше 14, не может идти дальше, ждет, когда пройдет машина с суммой цифр на номере выше 14. Просит помочь ему избавиться от этого состояния, так как это мешает хорошо учиться, требует «постоянной борьбы».

1. Выделите ведущий синдром:

а) обсессивно-компульсивный

б) астенический

в) гипоманиакальный

г) диссоциативный

2. В лечении показано назначение препарата:

а) клозапин

б) хлорпромазин

в) тиоридазин

г) флувоксамин

3. Определить направление вторичной профилактики данного заболевания:

а) активное диспансерное наблюдение

б) направление на МСЭ

в) психофармакотерапия

г) признание недееспособным

Ответы:

Задача 1: 1) а 2) г 3) б

Задача 2: 1) а 2) г 3) в

Тестовые задания открытого типа

1. Инвалид – это:
Ответ: лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

2. Дайте определение санитарно-гигиеническому просвещению.
Ответ: санитарно-гигиеническое просвещение - лечебно-профилактическая деятельность, целью которой является привлечение населения как к индивидуальной профилактике и участию в лечении, так и к более широкой общественной профилактике, т. е. прежде всего создание здоровой жизненной среды.

3. Что такое первичная заболеваемость?
Ответ: это - совокупность всех впервые зарегистрированных заболеваний в данном календарном году.

4. Что такое общая заболеваемость?
Ответ: это – совокупность всех острых и хронических заболеваний, зарегистрированных в данном календарном году.

5. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- определите меры вторичной профилактики данного заболевания
Больная К. в 40-летнем возрасте перенесла травму головного мозга, после чего ухудшилась память, часто беспокоила головная боль. Продолжала работать инженером. С 64 лет ещё более начала ухудшаться память. Забывала, куда положила посуду, какую покупку надо сделать. К 66 годам стала ворчливой, раздражительной, обидчивой. Обвиняла сестру в пропаже вещей. Перестала ходить в магазин, т.к. путалась в ценах. Иногда по ночам искала “пропавшие” вещи. Далее стала тревожной, суетливой. Речь была сбивчивой, состоящей из обрывков фраз. Потеряла ориентировку во времени, путалась в месте пребывания.
Ответ
1. Психопатологические симптомы: прогрессирующая амнезия, цефалгия, бред ущерба, разорванность мышления, амнестическая дезориентировка, ведущий синдром – тотального слабоумия.
2. Меры вторичной профилактики: психофармакотерапия, когнитивные тренинги, психосоциальная реабилитация.

6. Ответьте на вопросы к задаче:
- поставьте предварительный диагноз
- назовите частоту диспансерных приемов в течение 1 года ремиссии
Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья».
Ответ
1. Предварительный диагноз: синдром зависимости от алкоголя 1 стадии.
2. Частота диспансерных приемов в течение 1 года ремиссии – не реже 1 раза в месяц.

7. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите ведущий синдром
- определите срок диспансерного наблюдения
У больного, злоупотребляющего психоактивным веществом в форме псевдозапоев в течение нескольких лет, не сформировалось развернутого абстинентного синдрома. Однако во время перерыва в употреблении вещества появлялись раздражительность, вспышки гнева, тяжелые дисфории.
Ответ

1. Синдром психической зависимости.
2. Срок диспансерного наблюдения – не менее 3х лет.

8. Ответьте на вопросы к задаче:
- сформулируйте предварительный диагноз
- определите меры первичной профилактики данного заболевания
В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.
Ответ
1. Предварительный диагноз: социальная фобия.
ведущий синдром – тотального слабоумия.
2. Меры первичной профилактики: поддержание здорового образа жизни, умеренные физические нагрузки, использование методик для снятия стресса, соблюдение режима сна и отдыха, систематическое общение с близкими, выстраивание гармоничных отношений в семье.

9. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите предварительный клинический диагноз
- назовите ведущие препараты для профилактики рецидива
Больной В., 34 года. Поступает в психиатрическую больницу в четвертый раз. Дважды диагностировались депрессивные состояния, во время первой депрессии совершил суицидную попытку. Один раз диагностировалось маниакальное состояние. Эти болезненные приступы продолжались от трех до пяти месяцев. Между приступами болезни успешно окончил институт, работает, чувствует себя здоровым в эти периода. За две недели до 30 данной госпитализации стали замечать, что больной мало спит, стал много говорить, много двигался. Пробежал кросс в 10 км, хотя до этого спортом не занимался. Брался за многие дела, но вскоре их бросал, так как начинал другое дело. Накупил массу ненужных вещей. Хотя и стал более деятельным, но на работе продуктивность снизилась, так как не доводил дела до конца, уходил то в один, то в другой цех. Перед госпитализацией явился на завод в 4 часа утра, включил все станки, хотя рабочий день начинается в семь часов утра. Был осмотрен психиатром, госпитализирован в психиатрическую больницу.
Ответ
1. Предварительный диагноз: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
2. Психофармакотерапия для профилактики рецидива – нормотимики.

10. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите предварительный клинический диагноз
- определите меры вторичной профилактики данного заболевания
Больная 14 лет, ученица 8-го класса, всегда спокойная, застенчивая, последнее время стала вести себя дерзко, развязно. Перестала ходить в школу, несколько раз не ночевала дома. На улице подмигивала незнакомым мужчинам. В отделении держится в стороне от других больных, большую часть времени ничем не занята, но иногда, оставшись в одиночестве, танцует, что-то напевает. В присутствии мужчин ложится в постель, задирает халат и голыми ногами болтает в воздухе. На замечания отвечает: «А что тут такого? Раз трусики шьют, то пусть их все видят!». Себя называет Вильгельмом-Завоевателем по фамилии Перепрыжкин. Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Без видимой причины смеется. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные продукты тут же съедает, пытается отобрать пищу у других больных. Во время беседы с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает уклончиво и формально. Просит отпустить ее домой, но настойчивости в просьбах не проявляет. Считает себя психически здоровой. По истечении 2 месяцев пребывания в больнице даже не делает попытки разобраться в причинах стационирования. Не обеспокоена перерывом 73 в учебе: «Ничего страшного. Перейду учиться в другую школу». При свидании с подругами не проявляет никакой радости.
Ответ
1. Предварительный диагноз: шизофрения, гебефреническая форма.

	2. Меры вторичной профилактики: психофармакотерапия, диспансерное наблюдение, психосоциальная реабилитация
	Примерные ситуационные задачи **Задача 1.** Сотрудник М., 38 лет, ветеран боевых действий. Жалобы на тревогу, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна (подолгу не может заснуть из-за тревожных мыслей о своем будущем и состоянии здоровья, сон поверхностный, просыпается в 4 утра, с ощущением вялости и тревоги, продолжительность ночного сна - 3-4 часа), боли в области грудной клетки слева на выдохе, колющего характера, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, ощущение «будто внутри все надувается», снижение массы тела на 6 кг за 2 мес., страх перед «неизвестной болезнью». Данное состояние связывал с командировкой в Северо-Кавказский регион, перенапряжением. Анамнез жизни: родился в семье рабочих, вторым ребенком. Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. По характеру был спокойным, «режимным ребенком», послушным, проблем с поведением не отмечалось. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо, без троек. Товарищей среди сверстников было много, но длительных дружеских отношений «как-то не получалось», что связывает с частой сменой места жительства родителей. Окончил 10 классов общеобразовательной школы, поступил в ПТУ по специальности слесарь КИП, окончил обучение с красным дипломом, затем - срочная служба в РА 2 года, служил в Польше. После демобилизации работал по основной специальности. Служит в МВД с 1993 года по настоящее время. Первый брак 1987г.–2010 г., от брака двое детей, развод по инициативе жены (с детьми не общается, так как «они не идут на контакт»). Женат второй раз с 2010 года, во втором браке общих детей нет. За время службы 4 раза командировался в СКР. Анамнез заболевания: при проведении психодиагностического обследования после командировки в Северо-Кавказский регион был выявлен страх за состояние здоровья. Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Гипомимичен, идеаторно и моторно заторможен, внимание рассеяно, ответы краткие, после паузы, эмоционально лабилен, на глазах слезы. Просит о помощи, «устал так жить», настроение снижено. Сообщил что перестал «видеть свет в окне», «нет радости», «нет чувств». Мышление логичное, психопродуктивной симптоматики не выявлено. Память, интеллект в норме, внимание неустойчивое, рассеян, напряжен, астенизирован, ипохондричен. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено. Алкоголем не злоупотребляет. При беседе удалось выяснить, что к вечеру появляется состояние страха за жизнь, беспокойство, вспоминаются психотравмирующие события, связанные с войной. **Вопросы:** 1. Выделить ведущие симптомы и синдромы. 2. Поставить предварительный диагноз. 3. Назначить дополнительные методы обследования. 4. Назначить терапию, социально-реабилитационные мероприятия и меры вторичной психопрофилактики. **Решение** 1. Симптомы: тревога, беспокойство, утомляемость, стойкие нарушения сна с ранним пробуждением, заторможенность, рассеянность, невозможность сосредоточиться, снижение массы тела – тревожно-депрессивный синдром; синдром соматоформных расстройств (ощущение «будто внутри все надувается», кардиалгии); нозофобия (страх перед «неизвестной болезнью»). Данное состояние связывал с командировкой в Северо-Кавказский регион. 2. Предварительный диагноз: ПТСР, тревожно-депрессивный вариант. 3. Тактика: направить на стационарное лечение и обследование в неврологическое отделение МСЧ УВД. Методы дополнительного обследования: общие анализы крови, мочи, копрограмма, биохимический анализ крови; ЭКГ, ЭЭГ, ТКДГ, КТ головного мозга. Осмотры кардиолога, окулиста, оториноларинголога. Экспериментально-психологическое исследование: СМИЛ; МЛО «Адаптивность»; тест Басса-Дарки, тест ПТСР Котенева. 4. Терапия: эглонил 2,0 в/м № 10 через день, антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин 0,02 утром), феназепам 0,001 мг 3 раза в день, психотерапия: рациональная, семейная,

арт-терапия. продолжить медикаментозное лечение: антидепрессанты из группы СИОЗС (например, пароксетин) – 4-6 мес.
К мерам вторичной психопрофилактики относится семейная терапия, продолжать работать в прежней должности после выписки из стационара.

Задача 2.
Больной С., 32 лет. Наследственность не отягощена. Имеет высшее образование, педагог. Болен психически в течение 2 лет. Психическое состояние: ориентировка сохранена. Беседует охотно, контакт формальный. Временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется. С окружающими больными и медицинским персоналом практически не общается. К труду привлечь не удается. В одной из бесед с врачом сообщил: «Находясь в больнице 21 месяц, я слышу голоса людей в голове. Они говорят, что являюсь богом — Лениным…Вот и сейчас они говорят, чтобы я говорил всю правду…Чем я занимаюсь… Мне сказали, что я являюсь самим ангелом, потому что у меня день ангела и день рождения в один день, а у моей сестры Марии… я окрещен пионером. Жизнь человека будет мною продлена на 200 лет, люди омолодятся на 30 лет, потому что храмы и церкви будут открыты круглосуточно. Голоса говорят, что мой сын Володя родился 12 сентября, поэтому он находится на солнце, вход на солнце с левой стороны, а нам надо построить «свой рай земной — коммунизм».
Вопросы:
1. Выделить ведущие симптомы и синдромы.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Назначить терапию, социально-реабилитационные мероприятия и меры вторичной психопрофилактики.
Решение:
1. Симптомы: псевдогаллюцинации – галлюцинаторный синдром, бредовые идеи величия – парафренный синдром, аффективный синдром (временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется), аутизм, социальная изоляция – апато-абулический синдром.
2. Предварительный клинический диагноз: Шизофрения, параноидная форма. Парафренный синдром.
3. Терапия: галоперидол 1,0 в/м 2 р/сут. № 5, феназепам 1.0 в/м на ночь №5 с переходом на пероральный прием нейролептиков (например, оланзапина 10 мг 2 р/сут.).
Социально-реабилитационные мероприятия: психообразовательные программы, социальная работа, занятия с труд. инструктором
К мерам вторичной психопрофилактики относится поддерживающая фармакотерапия, семейная терапия, диспансерное наблюдение, тренинги социального функционирования, рациональное трудоустройство.

Задача 3
Больной Н., 27 лет, обвиняется в убийстве тещи. По характеру вспыльчивый, раздражительный, с детства. Рос своевольным, непослушным. Когда наказывали, громко кричал, кусался, бросал в обидчика, что попало. В школе учился посредственно, дерзил, постоянно агрессивен в отношении товарищей, если наказывали, кричал, рвал тетради, ломал перья ручек. После окончания 9 классов работал разнорабочим, менял места работы из-за конфликтов. После женитьбы характер не изменился, злился по пустякам, мог ударить жену. Жена ушла к матери. Больной приезжал к жене, то уговаривал вернуться, обещал исправиться, то угрожал расправой. В один из приездов теща не пустила его в дом, плюнула ему в лицо. В «порыве злости» выхватил сапожный нож и ударил им тещу, от полученных ударов она скончалась. Психическое состояние: больной в ясном сознании. Последовательно сообщает о себе сведения, при этом оживленно жестикулирует, многословен. При расспросах о правонарушении голос его становится прерывистым, на глазах слезы, активно защищается, говорит, что его «довели до болезненного состояния». Удручен ситуацией, убеждает, что в раздражении «мог ударить мать родную». В отделении общается с сознательными больными, однако при малейших неприятностях дает аффективные вспышки с агрессией, после которых плачет, просит его простить. так как не мог себя сдержать. К состоянию относится критически, считает, что заслужил наказания, однако хочет смягчения своей участи, так как «был не в своем уме».
Вопросы:
1. Поставить предварительный диагноз.
2. Определить меры первичной и вторичной психопрофилактики данного заболевания.

	Решение: 1. Диссоциальное расстройство личности. 2. К мерам первичной психопрофилактики относится выстраивание гармоничных отношений в семье, поддержание здорового образа жизни, умеренные физические нагрузки, наличие хобби, соблюдение режима сна и отдыха. К мерам вторичной психопрофилактики относится психофармакотерапия (корректоры поведения, например, перициазин), психотерапия (когнитивно-поведенческая, индивидуальная, семейная), активное диспансерное наблюдение, рациональное трудоустройство
	Примерный перечень практических навыков • Выявить у больного симптомы и синдромы психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения • Поставить предварительный клинический диагноз • Разработать программу первичной и вторичной профилактики психического заболевания • Определить необходимость диспансерного наблюдения и группу диспансерного наблюдения • Составить план санитарно-гигиенического просвещения населения на тему предупреждения возникновения данного психического расстройства
ПК-2	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 1-45, 82-84, 87-89, 91-119, 130, 132-148, 154, 155, 157-179 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Маниакальный синдром, клиническое значение. 2. Депрессии, виды депрессии, клиническое значение. 3. Деменции, виды деменции, клиническое значение. 4. Умственная отсталость, определение, степени умственной отсталости. 5. Расстройства воли, клиническое значение. 6. Виды возбуждения, дифференциальный диагноз. 7. Виды ступора, дифференциальный диагноз. 8. Навязчивости, виды навязчивостей, клиническое значение. **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(№№ 5-9, 12-70, 72, 126, 129-137, 139, 164-186, 192-195, 197-200, 202-206, 208-212, 214-219, 221, 222, 224-230, 232, 233, 236, 237, 240-242, 244246, 248, 250, 252, 254-257, 259-262, 265-272, 274, 275, 277-289, 291-315, 318-332, 335, 336, 340, 344-347, 355-366, 369-372, 376-379, 381, 382, 384-390, 392-407, 409, 412-417, 423-426 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Порядок оказания психиатрической помощи в России: амбулаторная помощь; госпитализация в стационар, виды стационаров; консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение. 2. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 3. Этико-деонтологические аспекты психиатрии. 4. Назовите основные психопатологические синдромы, дайте им характеристику. 5. Назовите методы исследования психически больных: основные и параклинические. 6. Лабораторные методы исследования в психиатрии. 7. Инструментальные методы исследования в психиатрии. 8. Генетические методы исследования психически больных.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1.Прогрессирующая амнезия встречается в клинике: а) шизофрении б) эпилепсии в) олигофрении г) сенильного слабоумия

	2. В клинике синдрома Корсакова наблюдаются: а) иллюзорное восприятие окружающего б) фиксационная амнезия в) зрительные галлюцинации г) дезориентировка в месте и времени 3. К синдромам помраченного сознания относятся: а) делирий б) сумерки в) онейроид г) аменция 4. К кратковременным расстройствам сознания по типу исключительных состояний относятся: а) патологическое опьянение; б) сумеречные состояния; в) патологические просоночные состояния; г) патологический аффект; д) психосенсорная аура. 5. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме а) кататонических включений б) помрачения сознания в) наплыва пареидолий и сценоподобных зрительных галлюцинаций г) резко выраженных двигательных возбуждений д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств 6. Делириозное помрачение сознания возможно при: а) алкоголизме б) черепно-мозговой травме в) инфекционном заболевании г) остром приступе шизофрении 7. Клиническая картина развернутого делирия характеризуется: а) наплывом парейдолий, сценоподобных зрительных галлюцинаций; б) двигательным беспокойством; в) помрачением сознания; г) кататоническими нарушениями; д) массивными псевдогаллюцинациями. 8. Делирий можно наблюдать при: а) острой стадии эпидемического энцефалита б) интоксикациях; в) инфекционных заболеваниях; г) шизофрении; д) эпилепсии. 9. Онейроид представляет собой: а) пароксизмальное помрачение сознания б) иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания в) сумеречное помрачение сознания г) сновидно- фантастическое помрачение сознания 10. Кататонический синдром характерен для клиники: а) алкоголизма б) маниакально-депрессивного психоза в) эпилепсии г) шизофрении 11. 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 12. Основными чертами шизоидного аутизма являются а) замкнутость

	б) недостаток интуиции, "непосредственного чутья действительности" в) недостаток сопереживания г) все перечисленные д) ничего из перечисленного 13. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме а) снижения энергетического потенциала б) эмоционального обеднения в) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов г) утраты единства психических процессов д) нарастающей интравертированности 14. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме а) возникновения в зрелом возрасте б) начала болезни с негативной симптоматикой в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма д) тяжести конечных состояний 15. Паранойяльная шизофрения развивается у лиц с чертами а) гиперактивности, настойчивости, обостренной нетерпимости к несправедливости б) педантизма, склонности к порядку, рутине в) замкнутости, мечтательности, стеснительности, пониженной самооценки г) тревожной мнительности, неуверенности в своих силах д) возбудимости 16. Конечным состоянием при параноидной шизофрении является а) тупое слабоумие б) манерное слабоумие в) шизофазия г) бормочущее слабоумие д) негативистическое слабоумии 17. Для дифференциальной диагностики шизофрении и маниакально- депрессивного психоза имеют значение следующие признаки а) течение сдвоенными аффективными состояниями б) течение строенными аффективными состояниями в) континуальный тип течения г) все перечисленные д) ни один из перечисленных 18. Эпилепсия – хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками а) ранним началом (детский, юношеский возраст) б) разнообразными пароксизмальными расстройствами в) типичными изменениями личности г) всеми перечисленными д) ни одним из перечисленных 19. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма а) головными болями б) головокружениями в) вегетативными расстройствами г) разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, надвигающихся предметов д) всеми перечисленными 20. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме а) кратковременного расстройства сознания (несколько секунд - десятки секунд) б) сохранения в памяти субъективных переживаний в) аффективной симптоматики г) амнезии окружающей обстановки д) отсутствия судорожного компонента

Ответы на тестовые задания
1 - г
2 - г
3 - бг
4 - абвг
5 - г
6 - а
7 - абв
8 - абв
9 - абв
10 - г
11 - г
12 - б
13 - г
14 - в
15 - а
16 - а
17 - в
18 - г
19 - г
20 - д

2 уровень:

1. Определите соответствие условий оказания психиатрической помощи:

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

2. Соотнесите методы обследования их определению:

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

3. Соответствие симптомов виду деменции:

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

Ответы на задания 2 уровня:
1) 1 - В ; 2 – Б ; 3 - Г
2) 1 - В ; 2 – А ; 3 – Б ; 4 – Д
3) 1 – В ; 2 – Б ; 3 - Г

3 уровень:
Выберите правильные варианты ответов.
Задача №1. Больной Д., 29 лет. После перенесенного ОРВИ на фоне сохраняющейся слабости появилось пониженное настроение, адинамия. Через 2 недели больной стал деятельным, суетливым, отмечался короткий сон с ранним пробуждением, вмешивался в работу сослуживцев, давал им советы, настроение было приподнятое. Через несколько дней больной стал настороженным, подозрительным, замечал на себе «пристальные» взгляды прохожих, улавливал «особое значение» в их поступках, считал, что отношение сослуживцев к нему изменилось, т.к. ему «завидуют». В дальнейшем стал высказывать идеи о том, что на него кто-то воздействует, что проявляется в постороннем наплыве мыслей. Утверждал, что окружающие люди догадываются о его мыслях. Окружающее воспринималось как «измененное», «как эксперимент», «испытание». Настроение менялось в течение суток с быстрым переходом от восторга к тревоге и страху, при этом больной начинал высказывать или отрывочные идеи величия, или идеи виновности. Поведение определялось болезненными переживаниями. Данное состояние длилось в течение 1,5 месяцев, после чего в течение 3 недель сохранялось нерезко сниженное настроение, адинамия, апатия, астения.
1. Назовите основные симптомы:
а) бред отношения
б) бред воздействия
в) кататонический синдром
г) онейроид
2. Сформулируйте предварительный диагноз
а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза
б) соматоформное расстройство
в) аффективный психоз
г) инфекционный психоз
3. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме
а) шизофрения
б) деменция при атрофических заболеваниях головного мозга
в) соматический психоз
г) биполярного аффективного расстройства

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

	При экспериментально-психологическом обследовании отмечена тугоподвижность, обстоятельность мышления, незначительное снижение непосредственной и опосредованной памяти. На ЭЭГ зарегистрировано снижение порога судорожной готовности головного мозга. *1. Назовите основные симптомы:* а) пароксизмальные расстройства б) истерический припадок в) фебрильные приступы *2. Сформулируйте предварительный диагноз* а) органическое заболевание головного мозга сложного генеза б) истерическое двигательное расстройство в) эпилепсия г) инфекционный психоз *3. Дифференциальная диагностика проводится со всеми заболеваниями, кроме* а) шизофрения б) истерическое двигательное расстройство в) судорожный синдром г) энцефалит Ответы: Задача 1: 1) а, в; 2) г 3) б Задача 2: 1) а 2) б 3) а
	Тестовые задания открытого типа 1. Дайте определение умственной отсталости. Ответ: это - врожденное или рано-приобретенное (до 3-х лет) снижение интеллекта, при котором нарушается как мышление, так и предпосылки интеллекта, т.е. это общепсихическое недоразвитие с преимущественным поражением интеллекта. 2. Дайте определение делирия. Ответ: это - острый психоз с помрачением сознания, сопровождающийся иллюзиями и сценоподобными истинными галлюцинациями устрашающего и часто зоологического характера, нарушением ориентировки в месте и времени (при сохраненной оценке собственной личности) и резким психомоторным возбуждением. 3. Дайте определение аменции. Ответ: это - грубое помрачение сознания с бессвязностью мышления, полной недоступностью для контакта, отрывочными обманами восприятия и признаками резкого физического истощения. 4. Назовите отличительные черты псевдогаллюцинаций: Ответ: - воспринимаются как особые явления, отличные от реальных, например, пациент слышит "голос" внутри головы и видит внутренним зрением визитную карточку с неприличными словами; - проецируются больным в "субъективное" пространство; - менее яркие, "бесплотные", "искусственные" - часто сопровождаются ощущением "сделанности"; - иногда присутствует критическое отношение к ним. 5. Дайте определение парафренного синдрома. Ответ: это – состояние, представляющее собой сочетание фантастического бреда величия, бреда преследования и воздействия, явлений психического автоматизма, аффективных расстройств и конфабуляций. 6. Ответьте на вопросы к задаче: - назовите симптомы и ведущий синдром - поставьте предварительный диагноз Больная 29 лет. Впервые заболела в 17 лет: ухудшилось настроение, появилась вялость, апатия.

Перед засыпанием внезапно услышала «голос». «Голос» звучал прямо в голове, отзывался, как «эхо». Не спала ночь, стала ощущать на себе какое-то влияние «как волны», считала, что это влияние исходит от Бога, который таким образом наставляет её в жизни. Казалось, что её мысли знают окружающие, понимала это по их выражению лица. Была задумчивой, рассеянной, не сразу понимала смысл вопроса.
Ответ:
1. Психопатологические симптомы: «эхо мыслей», «открытость мыслей», вербальные псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия и овладения, нарушение сна, эмоционально-волевое снижение. Ведущий синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром.
2. Шизофрения, параноидная форма.

7. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- поставьте предварительный диагноз
Больной Ч., 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливал на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать; что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе.
Ответ:
1. Психопатологические симптомы: гипертимия (приподнятое настроение), повышение двигательной активности, ускорение мыслительной деятельности, расторможенность влечений, снижение чувства дистанции, приступы дисфории, неустойчивость внимания, переоценка собственной личности, укорочение продолжительности сна, потеря веса, отсутствие критики. Ведущий синдром – маниакальный синдром.
2. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

8. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- поставьте предварительный диагноз
Пациентка 70 лет. По характеру очень организованная. Около двух лет назад появились проблемы с памятью. Стала жаловаться, что не может запомнить имена детей, внуков. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Раньше всегда гордилась своим умением готовить пищу, а сейчас не могла приготовить обед. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка немного неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения, не знала имени президента страны. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной, неясной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала, не справилась даже с легким арифметическим заданием и не смогла посчитать в обратном порядке. Не понимала тяжести своего состояния.
Ответ:
1. Психопатологические симптомы: фиксационная амнезия, антероретроградная амнезия, амнестическая дезориентировка (в месте, времени, собственной личности), конфабуляции, отсутствие критики к состоянию. Ведущий синдром – тотального слабоумия (Корсаковский синдром).
2. Болезнь Альцгеймера с поздним началом. Тотальная деменция.

9. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- поставьте предварительный диагноз
Рабочий 35 лет. Отец — алкоголик. Сам он выпивает 5–6 бутылок пива ежедневно на протяжении более трех лет. За последний год несколько раз терял работу, сейчас находится под угрозой увольнения. Вечером, после падения с лестницы, сломал ногу и был госпитализирован в травматологическое отделение. На третий день пребывания в больнице стал чрезмерно нервным, у него появился тремор. На вопрос о злоупотреблении спиртными напитками дал отрицательный ответ, сообщил, что иногда выпивает бутылку пива. На протяжении ночи не мог уснуть, речь была бессвязна, был тревожен. Состояние при осмотре: речь бессвязна. Считает, что находится на заводе. Врача и медсестру принимает за своих коллег по работе. Несколько раз пациент «давил клопов», которых видел на простыне. Дезориентирован во времени, прислушивается к малейшему шуму за стеной. Наблюдается тремор, не мог держать стакан, не выплеснув большую часть его содержимого. Постоянно порывается встать с постели и не осознавал, что нога находится в гипсе.
Ответ:
1. Психопатологические симптомы: дезориентировка в месте и времени, сохранение ориентировки в собственной личности, психомоторное возбуждение, тревога, нарушение сна, повышенная бдительность, истинные галлюцинации зоологического характера, погруженность в галлюцинаторные переживания, неврологические проявления (тремор). Ведущий синдром – синдром делириозного помрачения сознания.
2. Синдром зависимости от алкоголя 2 стадии. Алкогольный делирий.

10. Ответьте на вопросы к задаче:
- назовите симптомы и ведущий синдром
- поставьте предварительный диагноз
Пациент Л., 24 года, студент. Живет вместе с матерью. Первые жалобы возникли два года назад после развода родителей. Заметил, что перед выходом из дома должен еще некоторое время посидеть в туалете, так как «что-то после дефекации еще остается». В дальнейшем страх усиливается. Внимательно исследует маршрут до места учебы, есть ли по дороге туалеты на случай возникновения внезапных позывов, далеко ли эти туалеты до маршрута движения его автобуса, «как там все устроено». Если занятия затягиваются, чувствует страх «опозориться» и выпустить газы. Заметил также, что, когда мать оказывается дома, ему не нужно повторять дефекацию. Проблемы возникли тогда, когда на практику ему пришлось ехать на электричке, в которой не было туалета. Для предотвращения возможного недержания кала он был вынужден надевать памперсы, а затем их снимать незаметно. Единственное, что его выручало — изменение ритма питания, приходилось сильно наедаться утром, но совершенно не есть во второй половине дня, в этом случае дефекация происходила поздно вечером, и утром он был спокоен. Фобия не распространялась на мочеиспускание, которое он мог вполне контролировать.
Ответ:
1. Психопатологические симптомы: тревога, навязчивые фобии (внезапного акта дефекации), ритуалы, связь с психотравмирующей ситуацией. Ведущий синдром – обсессивно-компульсивный синдром.
2. Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний)

Примерные ситуационные задачи
Задача 1.
Больной В., 22 лет, студент. Проживает один. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди пусто, все сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. Со слов родственников, в последнее время бездеятелен, одинок, тревожен. Настроение подавленное.
Вопросы:
1. Тактика врача-психиатра
2. Какие имеются основания для недобровольной госпитализации в данном случае
Решение:

	1. госпитализировать в психиатрическое отделение в добровольном порядке при наличии согласия пациента. Госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке без согласия пациента, согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи" 2. непосредственная опасность для себя или окружающих. Существенный вред здоровью психически больного лица, если это лицо будет оставлено без психиатрической помощи **Задача 2.** Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. Был агрессивен к родственникам. Была вызвана бригада скорой психиатрической помощи. При осмотре напряжен, беспокоен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует оставить его в покое. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, родных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом. Категорически отказывается от медицинской помощи. **Вопросы:** 1. Тактикаврачаскоройпсихиатрическойпомощи. 2. Какие имеютсяоснованиядля недобровольнойгоспитализацииванномслучае. **Решение:** 1. госпитализировать в психиатрическое отделение в недобровольном порядке согласно ст. 29 п. "а, в" Закона РФ "О психиатрической помощи" 2. непосредственная опасность для себя или окружающих. Может принести существенный вред здоровью, если будет оставлен без психиатрической помощи **Задача 3** Больная Н., 79 лет. При экспериментально-психологическом исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь. **Вопросы:** 1. Определите симптомы, синдромы 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Определите тактику врача **Решение:** 5. Апраксия, аграфия, тотальная деменция. 6. Болезнь Альцгеймера. 7. Направить пациентку в Центр лечения дегенеративных заболеваний
	Примерные практические навыки • Уметь выявлять у больных симптомы и синдромы психических расстройств в ходе диагностической беседы и наблюдения; • Описать психический статус. • Провести психиатрическое, неврологическое и общесоматическое исследования пациентов • Уметь назначить данные дополнительных лабораторно-инструментальных исследований и консультации специалистов для уточнения диагноза • Выявить больных, нуждающихся в добровольной и недобровольной госпитализации • Определить показания к госпитализации в психиатрический стационар. • Заполнить медицинскую документацию при госпитализации пациентов в психиатрический стационар

ПК-3	**Примерные вопросы к экзамену** **(№№ 46-90, 92-94, 96, 98-100, 106, 110-129, 131, 156, 163-179 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, зуклопентиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 2. Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 3. Атипичные антипсихотики (оланзапин, рисперидон, палиперидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 4. Атипичные антипсихотики (кветиапин, сертиндол, арипипразол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 5. Атипичные антипсихотики (амисульприд, зипрасидон, клозапин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 6. Атипичные антипсихотики (карипразин, луразидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты. 7. Нейролептики пролонгированного действия (модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо, галоперидола-деканоат). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на депо – формы. 8. Атипичные антипсихотики пролонгированного действия (рисперидон «Рисполепт Конста», палиперидон, «Ксеплион»). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на пролонгированные формы. **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(№№ 71, 73-125, 127-134, 138, 140-148, 150-163, 187-191, 196, 201, 203, 206, 213, 220, 223, 231, 233-235, 238, 239, 243, 245, 247, 251, 253, 255-258, 262-264, 273, 275, 276, 290, 297, 316, 317, 333, 334, 367, 369-376, 380, 383, 385-390, 393-397, 399-408 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Общие принципы психофармакотерапии. 2. Особенности терапии нейролептиками пациентов с психическими расстройствами. 3. Классификация нейролептиков, их характеристика. Показания, противопоказания 4. Понятие спектра психотропной активности нейролептиков 5. Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения 6. Седативные нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты 7. Типичные нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, клопиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты 8. Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) ***1 уровень:*** 1. Антидепрессантом с высокой эффективностью терапии ОКР является а) дулоксетин б) кломипрамин в) вальдоксан г) вортиоксетин 2. Антипсихотиком, редуцирующим уровень пролактина, является а) рисперидон б) клозапин в) амисульпирид г) арипипразол 3. Риск злокачественного нейролептического синдрома наиболее высокий при применении а) кветиапина б) зипрасидона в) галоперидола

	г) арипипразола 4. После отмены терапии антипсихотиками не исчезает а) паркинсоническая симптоматика б) поздняя дискинезия в) гиперпролактинемия г) гипотензия, нарушение терморегуляции 5. Для купирования псевдопаркинсонизма при нейролептической терапии используют а) пропранолол б) тригексифенидил в) дифенилгидрамин г) дантролен 6. К антипсихотикам, производным тиоксантена относится а) зуклопентиксол б) галоперидол в) тиоридазин г) тиаприд 7. Абсолютным противопоказанием к назначению лития карбоната является а) старческая катаракта б) микседема в) первые три месяца беременности и период лактации г) заболевание почек со снижением их функции 8. Седативное действие в наименьшей степени присуще а) рисперидону б) амитриптилину в) кветиапину г) Сульпириду 9. К бензодиазепинам средней продолжительности действия (Т1/2 - 6 - 24 ч) относят а) хлордиазепоксид б) алпразолам в) диазепам г) мидазолам 10. Риск негативного влияния на половую функцию наиболее высок при приеме а) сертралина б) тразодона в) агомелатина г) миртазапина 11. К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина относят а) венлафаксин б) мелипрамин в) азафен г) дулоксетин 12. К антипсихотикам, имеющим пролонгированную форму, относят а) зипрасидон б) палиперидон в) галоперидол г) сертиндол 13. Для купирования маниакальных состояний применяют а) все атипичные антипсихотики б) зипрасидон в) клозапин и оланзапин г) рисперидон и палиперидон 14. К относительным противопоказаниям для ЭСТ относится а) недавно перенесенный инфаркт миокарда б) остеохондроз с выраженным болевым синдромом в) эпизодическая головная боль напряжения г) нарушение концентрации внимания, сосредоточения 15. Как осложнение задержка мочи может быть вызвана при назначении а) пиразидола

	б) флуоксетина в) миансерина г) амитриптилина 16. К основным задачам противорецидивной терапии шизофрении относят а) удержание стабильной ремиссии, предотвращение развития новых психотических эпизодов (приступов), замедление темпа прогредиентности заболевания б) достижение ремиссии с полной или значительной редукцией продуктивной симптоматики, воздействие на негативную симптоматику в) воздействие на когнитивные нарушения, восстановление, по возможности, прежнего уровня социальной адаптации больного г) редукцию тяжести психоза, коррекцию нарушений поведения и сопутствующих симптомов (возбуждения, агрессии, суицидальных тенденций, кататонических и аффективных симптомов) 17. Препаратом первого выбора при лечении гневливой мании в рамках БАР является а) окскарбазепин б) карбамазепин в) ламотриджин г) седалит 18. Из препаратов, используемых в качестве корректоров поведения, наибольшее применение находит а) карбамазепин б) аминазин в) неулептил г) трифтазин 19. При терапии солями лития необходимо регулярно сдавать анализы крови на уровень а) пролактина, креатинина, холестерина б) глюкозы, ТТГ, холестерина в) Т4, ТТГ, креатинина г) Т4, ТТГ, глюкозы 20. Инверсию фазы БАР наиболее часто провоцируют а) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина б) трициклические антидепрессанты в) селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина г) ингибиторы моноаминооксидазы Ответы на тестовые задания 1 - б 2 - г 3 - в 4 - б 5 - б 6 - а 7 - г 8 - г 9 - б 10 - а 11 - аг 12 - бв 13 - а 14 - а 15 - г 16 - а 17 - б 18 - в 19 - в 20 – б ***2 уровень:***

1. Подберите соответствия. Какой препарат наиболее эффективен для купирования

1. Продуктивной симптоматики	А. Карипразин
2. Кататонических расстройств	Б. Диазепам
3. Фебрильного приступа шизофрении	В. Аминазин
4. Негативной симптоматики	Г. Галоперидол

2. Соотнесите группу препаратов и характерные побочные эффекты

1. Нейролептики	А. Диспепсия, тошнота, диарея, тревога, головная боль
2. Антидепрессанты (СИОЗС)	Б. Седация, преходящее нарушение внимания и памяти, риск появления зависимости
3. Анксиолитики	В. Тремор, акатизия, мышечная ригидность, брадикинезия

3. Соотнесите понятие с его характеристикой

1. Серотониновый синдром	А. Нежелательная лекарственная реакция, сопровождающаяся гипертоническими кризами, головной болью, гипергидрозом, тошнотой, высок риск развития инфаркта миокарда
2. Злокачественный нейролептический синдром	Б. Нежелательная лекарственная реакция, которая характеризуется тремором, гиперрефлексией, миоклонусом, атаксией, ригидностью и гипертермией, желудочнокишечными симптомами, такими как диарея, тошнота и рвота.
3. Тираминовый синдром	В. Нежелательная лекарственная реакция, протекающая с развитием центральной гипертермии, мышечным гипертонусом, расстройством сознания и нарушением основных параметров гомеостаза и функции жизненно важных органов

Ответы на задания 2 уровня
1) 1 – Г; 2 – В; 3 – Б; 4 – А.
2) 1 – В; 2 – А; 3 – Б.
3) 1 – Б; 2 – В; 3 – А.

3 уровень:
Выберите правильные варианты ответов
Задача №1. Пациентка 23 лет, педагог, обратилась к психиатру. Начиная с подросткового возраста у нее бывают эпизоды состояния грусти, временами чувствовала себя хорошо, но такие периоды редко длились дольше 2 недель. При рассказе о своем состоянии, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных симптомах. Трудоспособна, но думает, что справляется с работой хуже, чем следовало бы.
1. Определите ведущий синдром:
а. астенический
б. ипохондрический
в. депрессивный
г. истерический
2. Сформулируйте предположительный диагноз:
а. дистимия
б. рекуррентное депрессивное расстройство
в. биполярное аффективное расстройство
г. циклотимия
3. Определите комплекс терапевтических мероприятий:
а. нейролептики
б. нормотимики
в. антидепрессанты
г. психотерапия

Задача №2. Больная, 44 года. Сообщает, что внутри головы слышит громкие голоса летчиков, находящихся в небе и следящих за ней. «Голоса» различные: молодые – тонкие, пожилые

	– басистые. Исходят из «воздушного пространства над больницей», но слышатся в голове. Считает, что летчики интересуются ей и знают каждый ее шаг. *1. Какой симптом описан:* а. Истинные галлюцинации б. Псевдогаллюцинации в. Вербальные иллюзии г. Навязчивые мысли *2. Какой класс препаратов предпочтительно использовать:* а. Антидепрессанты б. Транквилизаторы в. Нейролептики г. Антиконвульсанты *3. Какой препарат нужно использовать:* а. Рисперидон б. Амитриптилин в. Феназепам г. Карбамазепин Ответы Задача №1: 1) в; 2) б; 3) в. Задача №2: 1) б; 2) в; 3) а.
	Тестовые задания открытого типа 1. Дайте определение: пролонгированные формы нейролептиков – это Ответ: это форма препарата, который вводится путем внутримышечной инъекции и держится в крови в одинаковой концентрации длительное время (от 2 недель до нескольких месяцев) без необходимости ежедневного приема препарата. 2. Дайте определение: злокачественный нейролептический синдром – это Ответ: опасное осложнение нейролептической терапии, сопровождающееся гипертермией, мышечным гипертонусом, расстройством сознания, требующее неотложной интенсивной терапии 3. Дайте определение: аугментация - это Ответ: добавление к антидепрессантам другой группы препаратов для усиления терапевтического ответа при резистентных формах депрессии 4. Дайте характеристику препарата палиперидон Ответ: атипичный антипсихотик, является активным метаболитом рисперидона. Применяется для лечения, профилактики шизофрении, шизоаффективных расстройств. Средние дозы 3-6 мг в сутки, максимальная – 12 мг в сутки. 5. Опишите ситуацию, при которой препаратом выбора является тразодон Ответ: при жалобах пациента на выраженное снижение либидо на фоне депрессии следует рекомендовать прием тразодона, так как он не влияет на половую сферу. 6. Назовите опасное осложнение при приеме высоких доз диазепама Ответ: опасными осложнениями приема диазепама являются выраженное угнетение дыхания (дыхательного центра) с риском смерти, угнетение центральной нервной системы от сонливости до комы 7. Опишите принципы применения инъекционного палиперидона Ответ: Рекомендуется начинать лечение с дозы 150 мг в 1-й день и 100 мг через 1 неделю (обе инъекции в дельтовидную мышцу). Рекомендуемая поддерживающая доза 75 мг 1 раз в месяц; После второй дозы последующие поддерживающие инъекции можно проводить в дельтовидную или ягодичную мышцы. 8. Ответьте на вопросы задачи - выделите ведущий синдром

	- определите предпочтительный класс препаратов, приведите пример В поликлинику обратилась пациентка с жалобами на общее плохое состояние, похудание, отсутствие желаний, аппетита, запоры. Отмечает стойкое снижение настроения, которое несколько смягчается к вечеру, кратковременный сон с ранними пробуждениями, мысли о своей несостоятельности. Ответ: 1. синдром – депрессивный. 2. группа препаратов – антидепрессанты, например, флувоксамин, сертралин. 9. Ответьте на вопросы задачи - назовите ведущий синдром - назовите группу препаратов, применяемую для лечения. Приведите примеры препаратов Больной 76 лет, плотник. Последние 3 года родственники заметили, что он стал забывать цифры, имена, даты. Прячет инструменты и забывает куда их положил. С трудом вспоминает имена жены, детей. По характеру стал ворчливым, эгоистичным, подозрительным. Своим состоянием не тяготится, считает, что с ним «все в порядке». Заявил, что его обворовывают соседи, угрожает судом. Ответ: 1. синдром тотальной деменции. 2. ведущая группа препаратов – антихолинэстеразные, например, ривастигмин, галантамин. 10. Ответьте на вопросы задачи - предположите диагноз - определите тактику лечения Студент, 23 года. Заболевание развивалось без видимых причин. Стал вялым, потерял интерес к учебе, общению со знакомыми, искусству и музыке, которыми раньше «только и жил». Появились слуховые псевдогаллюцинации, бред преследования и воздействия. В отделении был бездеятельным, высказывал нелепые идеи различного содержания. Ответ: 1. предположительный диагноз – параноидная шизофрения. 2. тактика лечения: госпитализация в психиатрический стационар, лечение нейролептиками (например, рисперидон, оланзапин)
	Примерные ситуационные задачи **Задача 1.** Пациент, 17 лет, болен психически с детства. Заболевание развивалось постепенно. Клиника характеризовалась нелепым поведением: вместо брюк одевал на ноги рубашку, спал под кроватью, в дверь заходил спиной, был враждебен к матери. Неоднократно лечился в больнице с незначительным улучшением. Настоящий статус: гримасничает, сидит спиной к врачу, кривляется, представился как «кусочек мыла, заряженный в фотоаппарат». **Вопросы:** 1. Определите симптомы, ведущий синдром 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Определите тактику врача **Решение:** 1. Симптомы: нелепое поведение, враждебность к матери, гримасничание, кривляние, дурашливость. Ведущий синдром – гебефренический 2. Предварительный диагноз: гебефреническая шизофрения 3. Тактика врача: госпитализация, терапия нейролептиками – клозапин (т.к. данная форма шизофрении тяжело поддается терапии). **Задача 2.** Пациент Ж., 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шутливой 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. **Вопросы:** 1. Определите симптомы и ведущий синдром 2. Проведите дифференциальную диагностику 3. Определите тактику врача **Решение:** 1. Симптомы: эйфория, чрезмерная активность, и общительность, быстрая речь, переключаемость, идеи величия. Синдром: маниакальный 2. Диагноз: необходимо дифференцировать маниакальный синдром при биполярном аффективном расстройстве или как моносиндром, следует исключить также наличие шизофрении и органического поражения ЦНС. Для этого надо подробно собрать анамнестические сведения, отследить наличие маниакальных и депрессивных эпизодов в анамнезе, семейный анамнез, а также провести экспериментально-психологическое исследование и лабораторно-инструментальное. 3. Тактика терапии 1) госпитализация в психиатрическую больницу. 2) нейролептики с седативным действием (например, аминазин); нормотимики (соли лития) **Задача 3.** Больной И., 17 лет. Известно, что в период беременности мать перенесла краснуху. Рос болезненным, отставал в психическом развитии от сверстников. Фразовая речь в 2 года. Отличался в дошкольные и школьные годы моторной неусидчивостью, расторможенностью. Учился плохо. Дублировал 2 и 4 класс. Нарушал дисциплину, убегал с уроков. Обучаемость была крайне низкой, с большим трудом «дотянули» до 8 класса. В последующем поступил в ПТУ и получил специальность слесаря. Учился плохо, в практической деятельности допускал много ошибок. Для усвоения тех или иных навыков их необходимо было многократно повторить. В процессе обучения в школе и ПТУ родители принимали все возможные меры, чтобы помочь ему в учебе. После окончания ПТУ не мог в должной степени работать по специальности. Выполнял лишь простую, стереотипную работу. Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентирован. Охотно вступает в контакт. Речь бедная. Запас знаний ограничен. Уровень общеобразовательной подготовки низкий. Не знает имен Чехова, Толстого. Делает ошибки при умножении двухзначных чисел на однозначные. Эмоционально неустойчив, склонен к аффективным реакциям. Внушаем, легко попадает под влияние лиц с асоциальным поведением. Мышление – конкретно-образное. Память, интеллект снижены. **Вопросы:** 1. Определите симптомы и ведущий синдром 2. Поставьте предварительный диагноз 3. Предложите тактику ведения **Решение:** 1. Симптомы: отставание в развитии, снижение интеллекта, расторможенность, нарушения в поведении, эмоциональная неустойчивость, внушаемость. Ведущий синдром – интеллектуальной недостаточности. 2. Диагноз: легкая умственная отсталость с нарушением поведения 3. Тактика ведения 1) Коррекция нарушений поведения – нейролептики (сонопакс, неулептил) 2) Коррекционная работа, профессиональная подготовка – стереотипный труд под присмотром.
	Примерный перечень практических навыков • Умение проводить дифференциальную психофармакотерапию с использованием всех групп психотропных средств и разных способов их введения, включая внутривенный струйный и внутривенный капельный • Умение проводить курсовую противосудорожную терапию • Умение проводить дегидратационную и “рассасывающую” терапию при органических заболеваниях головного мозга • Умение корригировать расстройства сна

	• Умение проводить электросудорожную терапию • Умение проводить активную амбулаторную терапию • Умение проводить амбулаторную поддерживающую терапию • Умение предупреждать побочные эффекты биологической терапии

2.2. Примерные вопросы к экзамену, собеседованию текущего контроля

Примерные вопросы к экзамену

1. Основные принципы организации психиатрической помощи в РФ.
2. Исследование психического статуса у пациентов.
3. Наследственные психические заболевания. Генетический метод исследования в психиатрии.
4. Методы обследования психически больных (экспериментально-психологический, лабораторный, инструментальный).
5. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
6. Позитивные и негативные психопатологические симптомы.
7. Расстройства памяти. Количественные и качественные нарушения памяти, клиническое значение.
8. Расстройства внимания, клиническое значение.
9. Нарушения психосенсорного синтеза, клиническое значение.
10. Нарушения ощущений. Сенестопатии, клиническое значение.
11. Иллюзии, виды, клиническое значение.
12. Галлюцинации, виды, дифференциальный диагноз истинных и ложных галлюцинаций, клиническое значение.
13. Галлюцинозы, виды галлюцинозов, клиническое значение.
14. Нарушения сознания. Критерии нарушенного сознания. Оглушенность, сопор, кома, клиническое значение.
15. Нарушения сознания, Сумеречное расстройство сознания, аменция, их сравнительная характеристика.
16. Делирий, виды, стадии развития, клиническое значение.
17. Онейроид, стадии развития, онирическое расстройство сознания, клиническое значение.
18. Сумеречное расстройство сознания, клиническое значение. Аменция, клиническое значение.
19. Ассоциативные расстройства мышления, клиническое значение.
20. Сверхценные идеи, дифференциальный диагноз, клиническое значение.
21. Бредовые идеи, классификация. Виды бреда, этапы бредообразования.
22. Расстройства эмоций. Нарушения настроения, клиническое значение.
23. Физиологический и патологический аффект, дифференциальная диагностика, клиническое значение.
24. Маниакальный синдром, клиническое значение.
25. Депрессии, виды депрессии, клиническое значение.
26. Деменции, виды деменции, клиническое значение.
27. Умственная отсталость, определение, степени умственной отсталости
28. Расстройства воли, клиническое значение.
29. Виды возбуждения, дифференциальный диагноз.
30. Виды ступора, дифференциальный диагноз.
31. Навязчивости, виды навязчивостей, клиническое значение.
32. Истерический синдром. Истерический и эпилептический припадки, дифференциальный диагноз.
33. Депрессивно-параноидный синдром, клиническое значение.
34. Кататонический синдром, клиническое значение.
35. Синдром Кандинского-Клерамбо, клиническое значение.
36. Синдром дереализации-деперсонализации, клиническое значение.
37. Синдром Капгра, клиническое значение. Синдром Котара, клиническое значение.

38. Синдром дисморфомании, клиническое значение.
39. Астенический синдром, клиническое значение. Ипохондрический синдром, клиническое значение.
40. Обсессивно-фобический синдром, клиническое значение.
41. Апато-абулический синдром, клиническое значение.
42. Паранойяльный и параноидные синдромы, клиническое значение.
43. Парафренный синдром, клиническое значение.
44. Корсаковский синдром, клиническое значение.
45. Психоорганический синдром, варианты, клиническое значение.
46. Биопсихосоциальная терапия в психиатрии. Основные составляющие. Применение в практике.
47. Нейролептики (антипсихотики). Механизм действия, классификация. Клиническое применение.
48. Седативные нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин хлорпротиксен). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
49. Нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, зуклопентиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
50. Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
51. Атипичные антипсихотики (оланзапин, рисперидон, палиперидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
52. Атипичные антипсихотики (кветиапин, сертиндол, арипипразол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
53. Атипичные антипсихотики (амисульприд, зипрасидон, клозапин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
54. Атипичные антипсихотики (карипразин, луразидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
55. Нейролептики пролонгированного действия (модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо, галоперидола-деканоат). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на депо – формы.
56. Атипичные антипсихотики пролонгированного действия (рисперидон «Рисполепт Конста», палиперидон, «Ксеплион»). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на пролонгированные формы.
57. Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Коррекция нарушений.
58. Терапевтическая резистентность к психофармакотерапии. Виды резистентности. Пути преодоления терапевтической резистентности.
59. Антидепрессанты. Механизм действия, классификация. Клиническое применение.
60. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
61. Обратимые и необратимые ингибиторы МАО (ниаламид, пиразидол, моклобемид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
62. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно норадреналина (мапротилин, нортриптилин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
63. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно серотонина (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин, флуоксетин, флувоксамин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
64. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, смешанного типа (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
65. Блокаторы серотониновых и адреналиновых рецепторов (миансерин, миртазапин).
66. Препарат с действием на мелатонинергическую систему (агомелатонин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
67. Тактика лечения терапевтически резистентных депрессий.
68. Нормотимики. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.

69. Ноотропы, производные ГАМК (пирацетам, аминалон, пантогам, пикамилон, натрия оксибутират), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
70. Производные пиридоксина (пиридитол), аминокислотные препараты (кортексин, церебролизин), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
71. Аминофенилмасляная кислота (фенибут), винпоцетин, акатинола мемантин механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
72. Транквилизаторы. Классификация, бензодиазепиновые транквилизаторы, механизм действия, побочные эффекты и осложнения.
73. Транквилизаторы. Небензодиазепиновые транквилизаторы (мебикар, триоксазин, этифоксин, триметазин), представители, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
74. Небензодиазепиновые транквилизаторы (буспирон, гидроксизин, адаптол (тетраметилтетраазабициклооктандион), метапрот, гидазепам, селанк, авиандр) особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
75. Снотворные средства (гипнотики). Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
76. Корректоры экстрапирамидных побочных эффектов. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
77. Соли вальпроевой кислоты. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
78. Карбамазепин, габапентин. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты и осложнения. Ламотриджин, леветирацетам. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
79. Топирамат, фенитоин. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
80. Этосуксимид. Барбитураты, применяемые для лечения эпилепсии. Механизм действия. Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
81. Препараты для лечения деменции. Антихолинергические средства. Лекарственные средства с действием на глутаматергическую систему. Механизм действия. Показания. Побочные эффекты и осложнения.
82. Фебрильный приступ шизофрении. Клиника, лечение.
83. Злокачественный нейролептический синдром. Клиника, лечение.
84. Эпилептический статус. Клиника, лечение.
85. Электросудорожная терапия. Показания, методика проведения. Побочные эффекты и осложнения.
86. Инсулинокоматозная терапия. Показания, методика проведения. Побочные эффекты и осложнения.
87. Особенности ухода за психически больными (при отказе от еды, с суицидальными тенденциями).
88. Особенности ухода за психически больными (со склонностью к побегам, агрессии).
89. Экстренная помощь при отравлениях нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами, корректорами, антиконвульсантами.
90. Психотерапия. Определение. Основные направления, формы, методы, показания к применению.
91. Типы течения психических заболеваний.
92. Умственная отсталость, этиология, патогенез, классификация, критерии степени тяжести умственной отсталости, терапия, прогноз.
93. Генетически и хромосомно-обусловленная умственная отсталость, атипичные формы умственной отсталости, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
94. Прогрессивный паралич и сифилис мозга. Психические нарушения при врожденном сифилисе. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
95. Эпилепсия. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Понятие об эпилептической реакции, эпилептиформном синдроме.
96. Эпилептические психозы, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, терапия

97. Алкогольная зависимость, стадии, клиническая картина. Абстинентный синдром. Простое и патологическое опьянение, признаки. Судебно-психиатрическая оценка.
98. Алкогольные психозы (закономерности клиники, течения, дифференциальный диагноз). Терапия.
99. Наркотическая зависимость, определение, виды наркотических веществ. Клинические варианты психических нарушений.
100. Токсикомании, определение, клиника, терапия
101. Основные психопатологические синдромы при соматических заболеваниях (астения, аффективные синдромы, синдромы нарушенного сознания).
102. Клиника психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга (церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь).
103. Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга (клиника острого, начального и отдаленного периодов).
104. Биполярное аффективное расстройство. Рекуррентное депрессивное расстройство. Этиология, клиника, диагностика, типы течения.
105. Хронические расстройства настроения (циклотимия, дистимия).
106. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (менингиты, энцефалиты, грипп, тифы и т.д.). Терапия.
107. Шизофрения. Типы течения и основная психопатологическая симптоматика.
108. Шизофрения. Клиника инициального периода, типы манифестации психоза.
109. Понятие шизофренического дефекта (негативные симптомы шизофренического процесса). Возрастные особенности.
110. Сенильные и пресенильные деменции (болезнь Альцгеймера, Пика). Закономерности клиники, течения. Терапия.
111. Пресенильные психозы. Основные клинические формы и ведущая психопатологическая симптоматика различных форм инволюционных психозов. Депрессии и параноиды позднего возраста. Терапия.
112. Психогении. Систематика психогенных заболеваний Клинические разновидности острых (шоковых) реактивных состояний и затяжных психозов. Терапия.
113. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиопатогенез, клиника, терапия, реабилитация.
114. Неврастения, клиника, течение. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе неврастенического симптомокомплекса. Терапия.
115. Обсессивно-компульсивное и фобическое расстройство. Клиника, течение, клинические формы. Терапия.
116. Диссоциативные расстройства. Вопросы этиопатогенеза. Основные клинические проявления. Дифференциальный диагноз диссоциативных соматических и неврологических расстройств. Терапия.
117. Тревожные расстройства. Этиология, клиника, диагностика, терапия.
118. Расстройства адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство. Этиопатогенез, клиника, терапия.
119. Личностные расстройства, определение, критерии психопатий, классификация по этиологии. Клиническая характеристика личностных расстройств по МКБ-10. Терапия.
120. Терапия алкогольной зависимости.
121. Организация лечебной и коррекционно-педагогической работы с больными с умственной отсталостью.
122. Психопрофилактика наркотической зависимости. Основные методы терапии наркотической зависимости.
123. Лечение психических расстройств при травматических поражениях головного мозга (в остром, начальном и отдаленном периодах).
124. Методы лечения шизофрении. Шоковые методы лечения.
125. Терапия эпилепсии.
126. Лечение аффективных расстройств настроения (этапы).
127. Психоорганический синдром, его клиническая характеристика, варианты. Терапия.

128. Шизотипическое расстройство, клиническая характеристика, варианты. Терапия.
129. Шизоаффективное расстройство, клиническая характеристика, варианты. Терапия.
130. Принципы осуществления психиатрического освидетельствования.
131. Диспансерное наблюдение в психиатрии.
132. Судебная психиатрия, ее цели и задачи.
133. Вменяемость и невменяемость в уголовном праве и судебной психиатрии.
134. Дееспособность и недееспособность в гражданском праве и судебной психиатрии.
135. Правовое и нормативное обеспечение судебно-психиатрической экспертизы. Ее цель, задачи, основания для назначения и порядок производства. Система организации судебно-психиатрической экспертизы.
136. Основания для проведения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе, ее виды и субъекты.
137. Амбулаторная и стационарная экспертизы. Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном разбирательстве и в кабинете следователя. Заочная и посмертная судебно-психиатрические экспертизы.
138. Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных и несовершеннолетних.
139. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Виды, порядок и особенности ее проведения.
140. Общественная опасность психически больных. Основания для применения принудительных мер медицинского характера.
141. Симуляция психических расстройств. Ее мотивы, факторы и условия возникновения. Классификация симулятивных проявлений. Их особенности и основные формы (симуляции и аггравации).
142. Диссимуляция психических расстройств. Ее типичные признаки. Методы распознавания симулятивных проявлений и диссимуляции.
143. Основные принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ). Врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности.
144. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности.
145. Показания к направлению на МСЭ. Группы инвалидности при психических заболеваниях
146. Организация военной экспертизы. Основные принципы проведения военной экспертизы.
147. Военно-врачебная экспертиза при нервно-психических заболеваниях (нормативные документы). Показания к направлению на военно-врачебную экспертизу.
148. Предмет и задачи социальной психиатрии. Понятие социальной психиатрии. Методы социальной психиатрии.
149. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии. Факторы, влияющие на психическое здоровье населения.
150. Понятие экологической психиатрии. Методы экологической психиатрии
151. Психиатрия катастроф: чрезвычайные ситуации как причина психической дезадаптации; клиника и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях; систематика экстремальных психогенных расстройств; посттравматическое стрессовое расстройство; организация экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций
152. Характеристика нормального и аномального развития в детстве, дизонтогенез, асинхронии развития, акселерация и ретардация. Патологический пубертатный криз.
153. Правовые и этические вопросы детской психиатрии, особенности законодательства при оказании психиатрической помощи детям и подросткам. Конвенция о правах ребенка.
154. Методы исследования в детской и подростковой психиатрии. Клинический, экспериментально-психологический и лабораторно-инструментальный методы.
155. Специфические подростковые поведенческие реакции. Акцентуации характера. Расстройства поведения и эмоций у детей и подростков.
156. Общие принципы лечения и реабилитации психических заболеваний и расстройств у детей и

подростков. Особенности психофармакотерапии.
157. Особенности расстройств ощущений и восприятия у детей и подростков
158. Особенности расстройств памяти и внимания у детей и подростков
159. Особенности расстройств мышления и интеллекта у детей и подростков
160. Особенности расстройств эмоционально-волевой сферы у детей и подростков
161. Особенности расстройств сознания у детей и подростков
162. Специфические задержки развития отдельных навыков (речи, письма, чтения, счета) у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
163. Детская шизофрения, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
164. Расстройства аутистического спектра, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
165. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия.
166. Аффективные расстройства у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
167. Невротические расстройства у детей и подростков, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
168. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
169. Психосоматические расстройства у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
170. Синдром дефицита внимания, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
171. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
172. Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возраста, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
173. Эпилепсия в детском и подростковом возрасте, классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
174. Шизофрения в подростковом возрасте, этиопатогенез, клиника, особенности дебюта, ведущие синдромы диагностика, терапия
175. Резидуально-органические нервно-психические расстройства у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия
176. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия. Психотерапия при зависимостях у детей и подростков
177. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции/СПИДе, их особенности у детей и подростков
178. Суицидальное поведение у детей и подростков, виды, раннее выявление. Особенности фармакотерапии и психотерапии.
179. Расстройства пищевого поведения в детском и подростковом возрасте, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
180. Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков.

Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля

1. Психиатрия: определение, ее предмет, задачи и разделы.
2. Основные этапы развития психиатрии.
3. Особенности развития психиатрии в России и за рубежом (направления отечественной и мировой психиатрии).
4. Выдающиеся российские психиатры (Балинский И.М., Корсаков С.С., Бехтерев В.М., Личко А.Е. и др.) и их вклад в развитие науки
5. Порядок оказания психиатрической помощи в России: амбулаторная помощь; госпитализация в стационар, виды стационаров; консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение.
6. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
7. Этико-деонтологические аспекты психиатрии.
8. Назовите основные психопатологические синдромы, дайте им характеристику.

9. Назовите методы исследования психически больных: основные и параклинические.
10. Особенности соматического обследования пациентов с психическими расстройствами.
11. Особенности неврологического обследования пациентов с психическими расстройствами.
12. Лабораторные методы исследования в психиатрии.
13. Инструментальные методы исследования в психиатрии.
14. Генетические методы исследования психически больных.
15. Морфологические методы исследования в психиатрии.
16. Патопсихологическая диагностика в психиатрии.
17. Особенности оформления документации в психиатрии.
18. Определение ощущения. Основные виды расстройств ощущения.
19. Определение восприятия. Физиологические основы восприятия.
20. Иллюзии. Дать определение. Основные виды иллюзий.
21. Галлюцинации. Дать определение. Основные признаки галлюцинаторного образа.
22. Клиническая классификация галлюцинаций (различные виды, примеры при различных заболеваниях).
23. Определение истинных и ложных галлюцинаций.
24. Диагностическое значение различных видов галлюцинаций.
25. Патофизиологические механизмы галлюцинаций.
26. Понятие о психосенсорных расстройствах. Синдромы дереализации и деперсонализации.
27. Синдром галлюциноза: острый и хронический.
28. Методы выявления расстройств восприятия.
29. Понятия о формах протекания мыслительного процесса (понятие, суждение, умозаключение).
30. Виды мышления.
31. Физиологические основы мышления.
32. Разновидности расстройств ассоциативного процесса.
33. Определение бредовых идей. Острый и хронический бред.
34. Патофизиологические механизмы бреда. ОПК-4,
35. Классификация бредовых идей по содержанию.
36. Типология бредовых идей по происхождению. Понятие о первичном и вторичном бреде
37. Понятие о навязчивых идеях.
38. Определение сверхценных идей, бреда, клиника, виды, этиопатогенез.
39. Галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы, синдром Кандинского-Клерамбо, Котара, Капгра, дисморфоманический, сенесто-ипохондрический), нозологическая специфика.
40. Методы выявления расстройств мышления (классификация, исключение 4 лишнего, сравнение понятий, объяснение метафор и пословиц, серии сюжетных картинок Бидструпа).
41. Определение эмоций.
42. Характеристика количественных расстройств эмоций.
43. Отличия физиологического аффекта от патологического.
44. Разновидности болезненных изменений настроения.
45. Клиническая характеристика маниакального синдрома.
46. Клиническая характеристика депрессивного синдрома.
47. Определение воли.
48. Характеристика волевых расстройств (гиперфункция воли, парабулия).
49. Клиника кататонического синдрома.
50. Синдромы двигательных расстройств (ступор, возбуждение). Виды ступоров.
51. Виды психомоторного возбуждения.
52. Методы выявления расстройств эмоциональной сферы и нарушения произвольной деятельности (наблюдения, тест самооценки Спилбергера-Ханина, тест Гамильтона для выявления тревоги и депрессии).
53. Основные виды нарушений памяти (гипермнезии, гипомнезии, амнезии, парамнезии).
54. Корсаковский синдром, симптомы, причины возникновения.
55. Расстройства внимания, виды, причины, методы выявления.

56. Определение интеллекта. Виды снижения интеллекта.
57. Разновидности деменций, признаки.
58. Умственная отсталость, степени.
59. Методы выявления расстройств памяти и интеллекта (методика Векслера, Равена)
60. Критерии расстройства сознания.
61. Классификация основных синдромов расстройства сознания.
62. Клиническая характеристика оглушенности, сопора и комы.
63. Клиническая характеристика делирия.
64. Клиническая характеристика аменции.
65. Клиническая характеристика онейроида
66. Клиническая характеристика сумеречного расстройства.
67. Понятие о симптоме и синдроме в психиатрии. Негативные и продуктивные синдромы и симптомы. Психотический и невротический уровень синдромов.
68. Закономерности синдромообразования на примере продуктивных и негативных синдромов.
69. Невротические синдромы: неврастенический, обсессивно-фобический, диссоциативный, ипохондрический, особенности клинической картины.
70. Психопатический синдром, его варианты
71. Общие принципы психофармакотерапии.
72. Комбинации наркотической зависимости с психическими заболеваниями, клиника, диагностика.
73. Особенности терапии нейролептиками пациентов с психическими расстройствами.
74. Классификация нейролептиков, их характеристика. Показания, противопоказания.
75. Понятие спектра психотропной активности нейролептиков.
76. Нейролептики (антипсихотики): механизм действия и классификация, клиническое применение и прогноз, побочные эффекты и осложнения.
77. Седативные нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
78. Типичные нейролептики с антипсихотическим действием (галоперидол, клопиксол, флупентиксол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
79. Растормаживающие (дезингибирующие) нейролептики (перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
80. Атипичные антипсихотики (оланзапин, рисперидон, палиперидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
81. Атипичные антипсихотики (кветиапин, сертиндол, арипипразол). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
82. Атипичные антипсихотики (амисульприд, зипрасидон, клозапин). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
83. Атипичные антипсихотики (карипразин, луразидон). Показания к применению, дозы, побочные эффекты.
84. Нейролептики пролонгированного действия (модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо, галоперидола-деканоат). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на депо – формы.
85. Атипичные антипсихотики пролонгированного действия (рисперидон «Рисполепт Конста», палиперидон, «Ксеплион»). Показания к применению, дозы, побочные эффекты, схемы перевода на пролонгированные формы.
86. Побочные эффекты и осложнения нейролептической терапии. Коррекция нарушений.
87. Применение тригексифенидила и биперидена для коррекции экстрапирамидных симптомов.
88. Терапевтическая резистентность. Виды резистентности. Пути преодоления терапевтической резистентности.
89. Лекарственные взаимодействия нейролептиков с другими психотропными средствами.
90. Методы преодоления медикаментозной резистентности к нейролептикам
91. Антидепрессанты. Механизм действия, классификация. Клиническое применение.
92. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).
93. Обратимые и необратимые ингибиторы МАО (ниаламид, пиразидол, моклобемид).

94. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно норадреналина (мапротилин, нортриптилин).
95. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, преимущественно серотонина (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин, флуоксетин, флувоксамин).
96. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов, смешанного типа (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран).
97. Блокаторы серотониновых и адреналиновых рецепторов (миансерин, миртазапин).
98. Препарат с действием на мелатонинергическую систему (агомелатонин).
99. Основные приемы и тактика лечения терапевтически резистентных депрессий.
100. Побочные эффекты и осложнения при лечении антидепрессантами
101. Транквилизаторы. Классификация, показания к применению.
102. Бензодиазепиновые транквилизаторы, механизм действия, классификация, побочные эффекты и осложнения.
103. Бензодиазепиновые транквилизаторы (хлозепид, сибазон, феназепам, лоразепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
104. Бензодиазепиновые транквилизаторы (нозепам, мезапам, гидазепам, альпразолам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
105. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом короткого действия (триазолам, мидазолам, зопиклон, золпидем), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
106. Производные бензодиазепина со снотворным эффектом длительного действия (флунитразепам, флуразепаморм, нитразепам, клоназепам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
107. Небензодиазепиновые транквилизаторы (мебикар, триоксазин, этифоксин, тофизопам), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
108. Небензодиазепиновые транквилизаторы (буспирон, гидроксизин, адаптол (тетраметилтетраазабициклооктандион), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
109. Небензодиазепиновые транквилизаторы (метапрот, гидазепам, селанк), особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
110. Небензодиазепиновые транквилизаторы (авиандр, стрезам) особенности механизма действия, показания к применению, побочные эффекты
111. Нормотимики. Классификация, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
112. Соли лития, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
113. Препараты вальпроевой кислоты, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
114. Карбамазепины, механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
115. Ноотропы. Классификация, механизм действия. Побочные эффекты и осложнения.
116. Ноотропы, производные ГАМК (пирацетам, аминалон, пантогам, пикамилон, натрия оксибутират), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
117. Производные пиридоксина (пиридитол), аминокислотные препараты (кортексин, церебролизин), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
118. Аминофенилмасляная кислота (фенибут), винпоцетин, акатинола мемантин механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
119. Психостимуляторы (фенамин, сиднокарб, фенотропил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения.
120. Антихолинэстеразные препараты (галантамин, ривастигмин, донепезил), механизм действия, показания к применению. Побочные эффекты и осложнения
121. Общие принципы назначения противоэпилептических препаратов.
122. Особенности терапии противоэпилептическими препаратами в зависимости от типа эпилептических приступов.

123. Классификация противоэпилептических препаратов, их характеристика.
124. Показания, противопоказания к назначению групп противоэпилептических препаратов.
125. Побочные эффекты противоэпилептических препаратов и их выявление.
126. Какие состояния относятся к неотложным в психиатрии
127. Неотложная помощь пациентам с психомоторным возбуждением.
128. Виды психомоторного возбуждения, особенности оказания медицинской помощи
129. Неотложная помощь пациентам с суицидальным и аутоагрессивным поведением
130. Неотложная помощь пациентам с галлюцинаторно-бредовыми синдромами
131. Неотложная помощь пациентам с кататоническим синдромом.
132. Неотложная помощь пациентам с паническими атаками и сомато-вегетативными кризами
133. Особенности ухода за психически больными (при отказе от еды, с суицидальными тенденциями).
134. Особенности ухода за психически больными (со склонностью к побегам, агрессии)
135. Клиника злокачественного нейролептического синдрома
136. Дифференциальная диагностика фебрильной шизофрении и злокачественного нейролептического синдрома, назвать ранние симптомы их развития
137. Клиника фебрильной шизофрении, причины развития.
138. Неотложная помощь пациентам с фебрильной шизофрении
139. Эпилептический статус, виды, причины, дифференциальная диагностика.
140. Неотложная помощь пациентам с эпилептическим статусом
141. Терапия эпилептического статуса. Неотложная помощь пациентам с различными вариантами делирия, алкогольными энцефалопатиями
142. Неотложная помощь пациентам с аментивным синдромом
143. Неотложная помощь пациентам с онейроидным помрачением сознания
144. Неотложная помощь пациентам с сумеречным расстройством сознания
145. Неотложная помощь пациентам с осложнениями психофармакологической терапии (злокачественный нейролептический синдром и др.).
146. Неотложная помощь при отравлениях психотропными препаратами
147. Неотложная помощь при передозировке наркотических средств
148. Определение психотерапии. История развития психотерапии. Определение психотерапии, показания и противопоказания к ее применению.
149. Организация психотерапевтической помощи.
150. Направления и формы психотерапии.
151. Дать сравнительную характеристику основных направлений психотерапии.
152. Методы психотерапии, показания к применению.
153. Рациональная психотерапия, основные понятия, приемы, показания к применению.
154. Суггестивные методы (гипнотерапия, самовнушение, аутогенная тренировка), основные понятия, приемы, показания к применению.
155. Бихевиорально-когнитивная терапия, основные понятия, приемы, показания к применению.
156. Психодинамическое направление психотерапии, основные понятия, приемы, показания к применению.
157. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия, основные понятия, приемы, показания к применению.
158. Семейная психокоррекция, основные понятия, приемы, показания к применению.
158. Возможности психотерапии при лечении психических расстройств
159. Реабилитация. Теоретические основы.
160. Формы и методы реабилитации в психиатрии.
161. Бригадное взаимодействие.
162. Социальная реабилитация, виды, показания к применению.
163. Психотерапевтические методы в реабилитации пациентов с психическими расстройствами
164. Определение понятия «шизофрения».
165. Этиология и патогенез шизофрении.
166. Эпидемиология шизофрении.

167. Клиническая картина шизофрении.
168. Психопатология при шизофрении.
169. Позитивные симптомы шизофрении.
170. Негативные симптомы шизофрении.
171. Нейрокогнитивные нарушения при шизофрении.
172. Классификация клинических форм шизофрении.
173. Клиника параноидной формы шизофрении.
174. Клиническая картина гебефренической формы шизофрении.
175. Психопатологические особенности кататонической формы шизофрении.
176. Клинические проявления недифференцированной формы шизофрении.
177. Клиника простой формы шизофрении.
178. Психопатологическая картина при детском типе шизофрении.
179. Типы течения шизофрении.
180. Особенности непрерывного типа течения шизофрении.
181. Динамика психопатологических проявления при эпизодическом типе течения шизофрении
182. Типы дефектов при шизофрении
183. Принципы обследования пациентов с шизофренией.
184. Дифференциальный диагноз шизофрении с соматическими/неврологическими расстройствами.
185. Дифференциальный диагноз шизофрении с психическими расстройствами.
186. Клиника и дифференциальный диагноз фебрильного приступа шизофрении с соматическими, неврологическими расстройствами и осложнениями фармакотерапии.
187. Принципы оказания неотложной помощи при фебрильном приступе шизофрении.
188. Характеристика основных групп психофармакопрепаратов, используемых при шизофрении (нейролептики, транквилизаторы) и их побочные действия.
189. Терапия шизофрении в зависимости от формы, типа течения и ведущих синдромов
190. Шоковые методы лечения шизофрении (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия) и показания к проведению.
191. Понятия психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация и этапы их проведения при шизофрении
192. Аффективные расстройства, определение, классификация.
193. Типы течения аффективных расстройств.
194. Биполярное аффективное расстройство, этиопатогенез, клиника, типы течения
195. Биполярное аффективное расстройство, дифференциальная диагностика
196. Биполярное аффективное расстройство, терапия
197. Реккурентная депрессия. Клиника депрессивной фазы. Степени тяжести депрессивной фазы.
198. Варианты типичных депрессий.
199. Клиника атипичных депрессий, в том числе маскированной депрессии
200. Монополярное течение маниакальных эпизодов. Описать клинику и стадии маниакальной фазы.
201. Терапия и профилактика аффективных расстройств в зависимости от клинического варианта.
202. Понятие об интермиссии при аффективных расстройствах, мероприятия по профилактике рецидивов.
203. Понятие циклотимии и дистимии, клиника, терапия.
204. Понятие о суицидах и суицидальных попытках, виды, причины.
205. Методы выявления суицидальной настроенности.
206. Тактика врача и неотложная помощь при суицидальных тенденциях
207. Профилактика суицидов.
208. Эпилепсия, определение, этиология и патогенез эпилепсии.
209. Критерии постановки диагноза эпилепсии.
210. Классификация эпилепсии.
211. Генерализованные приступы. Виды, характеристика.
212. Характеристика простых и сложных фокальных приступов.

213. Принципы лечения эпилепсии, противоэпилептические препараты, особенности их назначения.
214. Дифференциальный диагноз эпилепсии.
215. Понятие об эпилептической реакции и синдроме
216. Клиника эпилептических психозов.
217. Классификация эпилептических психозов.
218. Критерии постановки диагноза эпилептических психозов.
219. Дифференциальная диагностика эпилептических психозов.
220. Терапия эпилептических психозов.
221. Причины и клинические характеристики эпилептического статуса.
222. Клинические варианты эпилептического статуса.
223. Принципы оказания неотложной помощи при эпилептическом статусе
224. Классификация психических расстройств позднего возраста.
225. Этиология и патогенез психических расстройств при атрофических процессах головного мозга (болезнь Пика, Альцгеймера).
226. Клинические этапы развития сенильной деменции, особенности инициального периода.
227. Болезнь Альцгеймера, клиника, диагностика, терапия.
228. Клиника, диагностика, терапия болезни Пика.
229. Клиника, диагностика и терапия инволюционной депрессии и инволюционного параноида.
230. Клиника церебрального атеросклероза, стадии.
231. Профилактика и лечение психических нарушений у больных церебральным атеросклерозом и сосудистыми нарушениями головного мозга на различных этапах течения.
232. Клинические проявления психических расстройств при гипертонической и гипотонической болезнях.
233. Клиника, дифференциальная диагностика и терапия функциональных психозов позднего возраста.
234. Терапия атрофических заболеваний головного мозга
235. Побочные эффекты, возникающие при применении психофармакотерапии у лиц пожилого возраста.
236. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в острый и начальный периоды
237. Психические нарушения при черепно-мозговой травме в отдаленный период.
238. Терапия психический нарушений при черепно-мозговой травме в острый и начальный периоды
239. Терапия психический нарушений при черепно-мозговой травме в отдаленном периоде.
240. Этиопатогенез психических расстройств при опухолях головного мозга.
241. Классификации психических расстройств при опухолях головного мозга.
242. Клиника психических нарушений при опухолях головного мозга
243. Терапия психических расстройств при опухолях головного мозга
244. Соматопсихические расстройства, этиопатогенез, клиника.
245. Соматопсихические расстройства, дифференциальная диагностика, терапия
246. Энцефалиты (клещевой, летаргический, эпидемический и др.), клиника, диагностика.
247. Энцефалиты (клещевой, летаргический, эпидемический и др.), дифференциальная диагностика, терапия.
248. Прогрессивный паралич и сифилис мозга, клиника, диагностика.
249. Прогрессивный паралич и сифилис мозга, дифференциальная диагностика, терапия.
250. Психосоматические расстройства, этиопатогенез, классификация.
251. Психосоматические расстройства, особенности клиники и терапии.
252. Расстройства сна, классификация, этиопатогенез, клиника.
253. Расстройства сна, дифференциальная диагностика, терапия.
254. Психогенные расстройства, классификация.
255. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковых реакции), виды, методы купирования
256. Реактивные истерические психозы, виды, клиника, дифференциальная диагностика, терапия
257. Посттравматическое стрессовое расстройство, этиология, клиника, варианты

258. Терапия посттравматического стрессового расстройства в зависимости от клинического варианта
259. Классификация реактивных психозов, этиология. Клиника реактивной депрессии
260. Клиника реактивного параноида
261. Дифференциальный диагноз реактивного параноида
262. Расстройств адаптации, этиология, клиника, виды, терапия.
263. Симптомы реактивной депрессии, дифференциальный диагноз с эндогенной депрессией.
264. Терапия реактивных психозов (расстройств реакции адаптации)
265. Понятие невротических расстройств, этиопатогенез, отличия от психозов.
266. Классификация невротических расстройств.
267. Клиническая картина и внутриличностный конфликт при неврастении.
268. Клинические проявления и внутриличностный конфликт при обсессивно-компульсивных, тревожно-обсессивных расстройствах.
269. Панические атаки, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
270. Клиника и внутриличностный конфликт при диссоциативных расстройствах.
271. Соматоформные расстройства, этиопатогенез, классификация, клиника.
272. Соматоформные расстройства, дифференциальная диагностика,
273. Соматоформные расстройства особенности терапии, психотерапия.
274. Сомато-неврологические симптомы диссоциативных расстройств, дифференциальная диагностика.
275. Клиника невротического развития личности, особенности терапии.
276. Терапия невротических расстройств (медикаментозное лечение и психотерапия)
277. Понятие личности. Исторический аспект проблемы (Гиппократ, Кречмер, Павлов И.П., Юнг К. Г., Леонгард К., Личко А.Е. и др.). Концепция отношений личности В.Н. Мясищева.
278. Темперамент, типы, их характеристика.
279. Характер, его составляющие. Факторы, влияющие на формирование характера.
280. Теории личности в психоанализе, гуманистическом и бихевиоральном направлении психологии. Уровень зрелости личности.
281. Акцентуации характера, классификация по Личко А.Е. Влияние акцентуации характера на течение соматических заболеваний.
282. Диагностика акцентуаций характера по методикам ПДО и MMPI.
283. Понятие о расстройствах личности.
284. Расстройства личности. Этиопатогенез. Критерии диагностики расстройств личности по Ганнушкину-Кербикову.
285. Классификация расстройств личности по МКБ-10
286. Клиника расстройств личности по МКБ-10
287. Дифференциальная диагностика шизоидного и шизотипического расстройств личности.
288. Дифференциальная диагностика истерического расстройства личности и истерического невроза
289. Дифференциальная диагностика тревожного и ананкастного расстройств личности и психастенического невроза
290. Терапия расстройств личности
291. Понятие об умственной отсталости. Этиология, патогенез. Основные симптомы.
292. Классификация умственной отсталости по причинам возникновения.
293. Критерии степени тяжести умственной отсталости. Характеристика глубокой, тяжелой, умеренной и легкой умственной отсталости.
294. Этиопатогенез и клиника генетически и хромосомно-обусловленной умственной отсталости
295. Атипичная умственная отсталость (вследствие гидроцефалии и микроцефалии), клиника, диагностика
296. Этиопатогенез и клиника экзогенной (анте-, интра- и постнатальной) умственной отсталости
297. Психозы при умственной отсталости, особенности, терапия.
298. Понятие о пограничной интеллектуальной недостаточности, клиника, диагностика.
299. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при умственной отсталости.

300. Задержка психического развития (ЗПР), этиопатогенез, классификация.
301. Клиника церебрально-органической, конституциональной, соматогенной и депривационной ЗПР.
302. Комплексная медико-психолого-педагогическая реабилитация при ЗПР
303. Причины формирования зависимостей от ПАВ.
304. Определение алкогольной зависимости и современные представления о её этиопатогенезе. Тенденции заболеваемости алкогольной зависимостью в России и в мире
305. Степени алкогольного опьянения, их характеристика.
306. Основные синдромы, характерные для алкогольной зависимости.
307. Стадии алкогольной зависимости, клиника, диагностика
308. Синдром измененного алкогольного опьянения.
309. Алкогольный абстинентный синдром, клиника
310. Первичное патологическое влечение к алкоголю.
311. Течение заболевания с различной прогредиентностью алкогольной зависимости, факторы, влияющие на степень прогредиентности
312. Коморбидность алкоголизма с психическими заболеваниями, особенности клиники
313. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
314. Алкогольные энцефалопатии (Гайе-Вернике, Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич), клиника, диагностика
315. Дифференциальный диагноз алкогольных психозов
316. Терапия алкогольной зависимости
317. Терапия алкогольных психозов ОПК-5, ПК-3
318. Особенности алкогольной зависимости у подростков и женщин
319. Дайте определение наркомании и токсикомании. Назовите критерии отнесения вещества к наркотическим. Тенденции заболеваемости наркоманией в России и в мире
320. Классификация наркоманий.
321. Современные представления об этиопатогенезе наркотической зависимости.
322. Основные синдромы, характерные для наркотической зависимости.
323. Стадии наркотической зависимости, клиника, диагностика
324. Наркотический абстинентный синдром, особенности при употреблении различных видов наркотических веществ.
325. Клиника опийной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.
326. Клиника канабиноидной наркомании, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома.
327. Спайсы, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
328. Барбитуровые наркотические вещества, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
329. Психостимуляторы (кокаин, эфедрон, первитин), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
330. Психостимуляторы (амфетамины, соли), клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса
331. Галлюциногены, клиника зависимости, особенности наркотического опьянения, абстинентного синдрома, изменений личности и соматического статуса.
332. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и параноид), клиника диагностика.
333. Терапия наркотической зависимости в зависимости от вида веществ.
334. Терапия острого наркотического опьянения в зависимости от вида веществ.
335. Особенности наркотической зависимости у подростков и женщин.
336. Диагностика наркоманий, иммунохроматографические тесты, химико-токсикологические диагностические исследования
337. Предмет и задачи социальной психиатрии: социальная психиатрия как одно из направлений

психиатрической науки и практики; предмет социальной психиатрии; история развития социальной психиатрии; основные научные школы и направления; цели и задачи социальной психиатрии
338. Методы социальной психиатрии: эпидемиология как метод социальной психиатрии; значение феноменологических подходов; клинико-динамический метод; социологический метод
339. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии.
340. Этнокультуральные особенности психического здоровья: понятие транскультуральной психиатрии; культурально-специфические синдромы; особенности клинических проявлений и течения психических расстройств в различных этносах.
341. Эвропатология: предмет эвропатологии; основные задачи эвропатологии; патографии некоторых выдающихся личностей.
342. Социальные факторы и психическое здоровье: понятие макросоциальных факторов и их влияние на психическое здоровье; политические системы общества и психическое здоровье; психическое здоровье населения России в тоталитарном и посттоталитарном периодах; влияние эпидемиологических факторов на психическое здоровье; религия и психическое здоровье.
343. Роль микросоциальных факторов в развитии психического здоровья: семья как важнейшая микросоциальная группа; фактор “неполной” семьи; психопатология одиночества; понятие о первичной социализации; семейная психогигиена и психотерапия; производственный микросоциум; психогигиена производственных межличностных отношений; “третий” микросоциум.
344. Психическое здоровье населения в условиях переходного периода развития общества: понятие социально-стрессовых психических расстройств; понятие кризиса идентичности; клинические формы кризиса идентичности; особенности психической патологии в социально неблагоприятных группах на селения (беженцы, безработные, “бомжи”, проститутки).
345. Техногенные факторы в развитии психической патологии у работников промышленности: характеристики экопатогенных техногенных факторов; клинические проявления психических расстройств, связанных с воздействием техногенных факторов на производстве.
346. Психическое здоровье различных профессиональных групп населения как экологическая проблема: психическое здоровье в профессиональных группах, работающих в сферах промышленности, строительства, науки, образования, культуры, высшей школы; психические расстройства у студентов; психическое здоровье школьников.
347. Психиатрия катастроф: чрезвычайные ситуации как причина психической дезадаптации; клиника и диагностика психогенных реакций при чрезвычайных ситуациях; систематика экстремальных психогенных расстройств; посттравматическое стрессовое расстройство; организация экстренной психиатрической помощи в зонах чрезвычайных ситуаций; охрана психического здоровья лиц, работающих в зонах чрезвычайных ситуаций.
348. Проблема магического мышления, “целительства” и индуцированных психических расстройств: современное состояние психологической культуры населения; роль психогигиенического просвещения; феномен магического мышления и его связь с периодами общественных кризисов; паранаучное целительство (магия, знахарство, экстрасенсорика, телепсихотерапия); индуцированные психические расстройства и нарушения поведения.
349. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения, понятию о первичной, вторичной, третичной профилактике в психиатрии.
350. Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения в психиатрии.
351. Антиалкогольное санитарное просвещение.
352. Санитарное просвещение по профилактике наркоманий и токсикоманий.
353. Комплексные программы по профилактике психических заболеваний.
354. Программы диспансеризации населения
355. Физические и социально-психологические особенности детского и подросткового возраста. Вопросы физиологии и психологии детского и подросткового возраста. Стадии общефизиологического и полового созревания, возрастные границы нормативного, ретардированного и акселерированного созревания.
356. Дизонтогенетическое развитие. Понятие нормального и патологического пубертатного криза.

357. Систематика психических расстройств детского и подросткового возраста, общие особенности психопатологических проявлений в детском и подростковом возрасте.
358. Особенности расстройств психомоторики у детей и подростков.
359. Особенности расстройств влечений у детей и подростков.
360. Особенности аффективных расстройств у детей и подростков.
361. Особенности расстройств восприятия у детей и подростков.
362. Особенности идеаторных расстройств у детей и подростков.
363. Особенности интеллектуально-мнестических расстройств у детей и подростков.
364. Особенности расстройств сознания у детей и подростков.
365. Синдромы психических заболеваний, наблюдающихся преимущественно в детском возрасте: синдромы невропатии, синдромы раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдром уходов и бродяжничества, синдром страхов, синдромы патологического фантазирования.
366. Синдромы психических заболеваний, наблюдающиеся преимущественно в пубертатном возрасте: гебоидный синдром, синдром дисморфофобий, синдром односторонних сверхценных интересов и увлечений.
367. Медико-психолого-педагогические программы помощи детям и подросткам, страдающим психическими заболеваниями.
368. Профилактика психических заболеваний в детском и подростковом возрасте.
369. Специфические задержки развития школьных навыков. Дисграфия, дислексия, дискалькулия, этиопатогенез, клиника, диагностика, терапия.
370. Нарушения развития у детей при соматических, неврологических заболеваниях, поражении органов чувств, социальной изоляции.
371. Задержка психического развития, этиопатогенез, классификация, основные синдромы, терапия.
372. Особенности применения психофармакологических средств при лечении психических расстройств у детей и подростков: нейролептиков, транквилизаторов.
373. Особенности применения антидепрессантов, ноотропов, противосудорожных средств при лечении психических расстройств у детей и подростков
374. Применение немедикаментозных биологических методов при лечении детей и подростков.
375. Применение психотерапевтических методов при лечении детей и подростков: индивидуальной рациональной психотерапии, суггестивных (аутосуггестивных) методов, групповой психотерапии, тренинговых методик, семейной психокоррекции
376. Экзогенно-органические психозы у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
377. Расстройства аутистического спектра, определение, эпидемиология, классификация.
378. Синдром Каннера, Аспергера, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
379. Синдром Ретта, органический аутизм, атипичный аутизм, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
380. Терапия расстройств аутистического спектра. Медико-психолого-педагогическая реабилитация
381. Особенности дебюта шизофрении у детей и подростков, ведущие симптомы и синдромы. Детская шизофрения, клинические характеристики.
382. Шизофрения у детей и подростков: непрерывно-текущая (с различной прогредиентностью), периодическая, приступообразно-прогредиентная.
383. Терапия шизофрении у детей и подростков.
384. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, особенности дебюта БАР), клиника диагностика.
385. Аффективные расстройства у детей и подростков (эндогенные депрессии, БАР), дифференциальная диагностика, терапия.
386. Маскированные депрессии у детей и подростков (анаклитическая депрессия, эквиваленты депрессии в подростковом возрасте, клиника, диагностика, терапия.
387. Суициды у детей и подростков, возрастные особенности, выявление суицидальной настроенности, терапия лиц, совершивших суицидальную попытку.

388. Расстройства пищевого поведения в детском и подростковом возрасте, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
389. Эпилепсия у детей и подростков: генерализованные пароксизмы, фокальные пароксизмы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
390. Эпилепсия у детей и подростков: личностные и когнитивные изменения, течение заболевания, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
391. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами
392. Общая характеристика психогенных заболеваний в детском и подростковом возрасте, классификация
393. Реактивные состояния в детском и подростковом возрасте: аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
394. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз страха, истерический невроз, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
395. “Общие” неврозы в детском и подростковом возрасте: невроз навязчивых состояний, неврастения, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
396. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: невротическое заикание, невротические тики, невротические расстройства сна, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
397. “Системные” неврозы в детском и подростковом возрасте: нервная анорексия, невротический энурез, невротический энкопрез, патологические привычные действия, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
398. Психогенные характерологические и патохарактерологические реакции в детском и подростковом возрасте: реакции протеста (оппозиции), реакции отказа, реакции имитации, реакции компенсации и гиперкомпенсации, клиника, дифференциальная диагностика, терапия. Понятие об акцентуациях характера.
399. Реактивные психотические состояния в детском и подростковом возрасте: реактивные галлюцинации, реактивные параноиды, индуцированные психозы, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
400. ПТСР у детей и подростков, этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
401. Акцентуации у детей и подростков: гипертимный, неустойчивый, эпилептоидный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
402. Акцентуации у детей и подростков: истерический, шизоидный, гнпертимный, мозаичный, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
403. Психогенные патологические формирования личности и акцентуации у детей и подростков: истерический, психастенический, сенситивный, лабильный типы, этиология, особенности поведения, психокоррекционные подходы.
404. Синдром дефицита внимания, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
405. Виды нарушений поведения (социализированное, несоциализированное, ограниченное рамками семьи), этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
406. Расстройство привязанностей в детском возрасте, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, терапия.
407. Патологические привычные действия, этиология, клиника, терапия.
408. Биопсихосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами (расстройства эмоций и поведения, невротические расстройства).
409. Предмет и задачи судебной психиатрии
410. Организация судебно-психиатрической экспертизы
411. Основы законодательства по судебно-психиатрической экспертизе
412. Проведение судебно-психиатрической экспертизы
413. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе
414. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе
415. Особенности судебно-психиатрической экспертизы лиц позднего возраста
416. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

417. Заключение судебно-психиатрической экспертизы.
418. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых (подсудимых).
419. Проблема невменяемости; ограниченной вменяемости; определение мер медицинского характера в отношении невменяемых.
420. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.
421. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.
422. Судебно-психиатрическая экспертиза применительно к нормам Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".
423. Комплексные судебные психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, наркологопсихиатрическая экспертизы несовершеннолетних.
424. Виды симуляции и диссимуляции
425. Проблема дееспособности; ограниченной дееспособности
426. Комплексные судебные психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, наркологопсихиатрическая экспертизы несовершеннолетних
427. Основные принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ).
428. Врачебная экспертиза при психических заболеваниях (нормативные документы).
429. Значение медицинских и социальных факторов при определении трудоспособности.
430. Определение временной нетрудоспособности.
431. Порядок выдачи и оформления документации при временной нетрудоспособности.
432. Сроки временной нетрудоспособности.
433. Показания к направлению на МСЭ
434. Группы инвалидности при психических заболеваниях
435. Военная экспертиза при психических заболеваниях

Критерии оценки экзаменационного собеседования, собеседования текущего контроля:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;

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

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«отлично» - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

«хорошо» - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

«удовлетворительно» - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

«неудовлетворительно» - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить ЭКГ и ФВД; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

Критерии оценки практических навыков:

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

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

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

3.1. Методика проведения тестирования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которых направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

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

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

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

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

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

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена 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 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

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 «неудовлетворительно».

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

3.2. Методика проведения устного собеседования

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которые направлена процедура:

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

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

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

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

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

Собеседование может проводиться по вопросам билета и по ситуационной задаче. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

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

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

3.3. Методика проведения приема практических навыков

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

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

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

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не 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 по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

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

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

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

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

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины.

Методика проведения приема практических навыков у постели больного:

Обучающемуся дается время (45 минут) для сбора анамнеза жизни, болезни, объективного осмотра,

для формулировки предварительного диагноза, определения обследования, лечения. По истечении 45 минут преподаватель оценивает выполненную работу обучающегося: как и какие симптомы/синдромы выделены, методику выявления симптомов/синдромов, диагноз, назначенное обследование и лечение.

Преподавателем предоставляются обучающемуся для оценки данные лабораторных/инструментальных методов исследования пациента, определяется необходимость корректировки диагноза, необходимость дополнительных методов исследования пациента, корректировки лечения.

Обучающийся должен определить тактику дальнейшего ведения пациента, критерии выписки из

стационара, необходимость и тактику диспансерного наблюдения после выписки

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

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