

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет _____ лечебный _____

Кафедра _____ госпитальной терапии _____



Проректор по учебной работе
И.И. Задорожная
20 19 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине _____ Б1.Б.33.01 Психиатрия _____

по специальности _____ 31.05.01 Лечебное дело (с элементами английского языка) _____

квалификация _____
выпускника _____ Врач -лечебник _____

форма обучения _____ Очная _____

год начала подготовки _____ 2019 г _____

Рабочая программа составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по специальности 31.05.01. Лечебное дело (с элементами английского языка)

Составитель рабочей программы:

Старший преподаватель
(должность, ученое звание, степень)

(подпись)

Е.Г. Гурская
(Ф.И.О.)

Рабочая программа утверждена на заседании кафедры

Госпитальной терапии
(наименование кафедры)

Заведующий кафедрой
«12» 05 2019 г.

(подпись)

Дударь М.М.
(Ф.И.О.)

Одобрено учебно-методической комиссией факультета
(где осуществляется обучение)

«12» 05 2019 г.

Председатель
учебно-методического
совета специальности
(где осуществляется обучение)

(подпись)

Дударь М.М.
(Ф.И.О.)

Декан факультета
(где осуществляется обучение)
«13» 05 2019 г.

(подпись)

Хатхоху М.Г.
(Ф.И.О.)

СОГЛАСОВАНО:
Начальник УМУ
«29» 05 2019 г.

(подпись)

Чудесова Н.Н.
(Ф.И.О.)

Зав. выпускающей кафедрой
по специальности

(подпись)

Дударь М.М.
(Ф.И.О.)

1. Цели и задачи учебной дисциплины

Целью освоения дисциплины является освоение умений первичной диагностики психических расстройств и расстройств поведения для их своевременного обнаружения, направления больного к специалисту, оказания неотложной психиатрической помощи, а также фармакологической и психотерапевтической коррекции мягких психических нарушений в условиях оказания медико-профилактической помощи населению и общей медицинской практики.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

-- обучить студентов основам профессиональной деятельности врача-психиатра: диагностики, фармакотерапии, психотерапии, личностной коррекции и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

- познакомить обучающихся с современными возможностями лечения и коррекции психических расстройств и расстройств поведения;

- привить обучающимся навыки деонтологии, морально-этической и правовой культуры, необходимые для обслуживания пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП по специальности

Дисциплина входит в перечень курсов базовой части ОПОП. Изучение курса предполагает его связь с предшествующими дисциплинами:

история медицины, биоэтика, эпидемиология, биология, медицинская генетика, гистология и эмбриология, нормальная физиология, биохимия, иммунология, анатомия, патологическая анатомия, патологическая физиология, психология и педагогика, неврология, инфекционные болезни, дерматовенерология, фармакология, клиническая фармакология, профессиональные болезни, анестезиология и реаниматология, внутренние болезни, хирургические болезни, судебная медицина, правоведение.

3. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

общекультурные компетенции:

- способностью действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения (ОК-1);

общепрофессиональные компетенции:

- способностью использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности (ОК-8);

- способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности (ОПК-4);

- готовностью к ведению медицинской документации (ПК-6);

- готовностью к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач (ОПК-8);

- способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач (ПК-8);

- готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи (ПК-6);

Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета:

медицинская деятельность:

- готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого - анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-6);

- способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей здравоохранения, г. Женева, 1989 г. (ПК-6);

- способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами (ПК-8);

организационно-управленческая деятельность:

- способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ОПК-4).

В результате освоения дисциплины студент должен

знать:

- принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств (ПК-6);

- юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (ОК-8, ОПК-4);

- принципы организации психиатрической службы в Российской Федерации (ПК-6);

- основные лекарственные средства, используемые в психиатрии, принципы их подбора, противопоказания к их назначению, возможные побочные эффекты (ОПК-4);

- методы исследования, применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению (ПК-8);

- основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики (ОПК-4);

- данные о распространенности, проявлениях, течении, терапии, прогнозе наиболее распространенных психических заболеваний, об их влиянии на адаптацию пациентов и возможности их трудовой и социальной реабилитации (ОПК-4);

- особенности описания психического, наркологического, сексологического статусов больного на основе клинического и параклинического обследования лиц с психическими расстройствами (ОК-8);

- лекарственные средства, медицинские манипуляции, экологические и социальные факторы, повышающие риск возникновения психических расстройств, принципы профилактики психических заболеваний (ОК-1);

уметь:

- своевременно выявлять наиболее острые психические расстройства, которые могут представлять непосредственную опасность для жизни и здоровья больного и лиц, его окружающих (ОК-1);

- сформулировать предварительное заключение о психическом состоянии больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение (ПК-6);

- оказать помощь в ургентной ситуации и по возможности купировать наиболее опасные и неотложные психические расстройства (психомоторное возбуждение, агрессивное и суицидальное поведение, отказ от еды, эпилептический статус, тяжело протекающий делирий, отравление психоактивными веществами (ПК-8);

- организовать надзор, удержание и транспортировку возбужденного и социально опасного больного;
- собрать субъективный и объективный анамнез и провести их предварительный анализ (ПК-6);
- распознавать психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами для своевременного направления пациента к врачу-психиатру (ОПК-4);
- грамотно, психотерапевтично проводить беседу с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов (ОПК-4);
- использовать элементы психотерапии в комплексном лечении самых различных заболеваний (включая соматические) (ПК-6);
- курация психически больного, описание истории болезни больных с психическим расстройством (ПК-8);
- ведение протоколов клинического разбора психически больного, экспериментально-психологического обследования психически больного и самообследование (ОПК-4);
- заполнение карт обследования больных с психическими расстройствами при научном исследовании на основе историй болезни, параклинических данных (ОПК-6);
- работа с наглядным материалом экспериментально-психологических тестов, диагностических методик по исследованию психических функций.

владеть: практическими навыками и манипуляциями (ПК-8).

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

4.1 Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы (108 часов).

Вид учебной работы	Всего часов/з.е.	Семестры
		9
Аудиторные занятия (всего)	68,35/1,9	68,35/1,9
В том числе:		
Лекции (Л)	20/0,6	20/0,6
Клинико-практические занятия (КПЗ)	48/1,33	48/1,33
Семинары (С)		
Лабораторные работы (ЛР)		
Контактная работа в период аттестации (КРАт)	0,35/0,01	0,35/0,01
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СРП)	-	-
Самостоятельная работа студентов (СР) (всего)	4/0,11	4/0,11
В том числе:		
Курсовой проект (работа)		
Расчетно-графические работы		
Реферат		
<i>Другие виды СРС (если предусматриваются, приводится перечень видов СРС):</i>	4/0,11	4/0,11
Подготовка к занятиям (ПЗ)		
Подготовка к текущему контролю (ПТК)		
Подготовка фрагмента истории болезни		
Контроль (всего)	35,65/0,99	35,65/0,99
Форма промежуточной аттестации:	экзамен	экзамен
Общая трудоемкость	108/3	108/3

4.2. Объем дисциплины и виды учебной работы по заочной форме обучения.

Заочной формы обучения по специальности 31.05.01 «Лечебное дело (с элементами английского языка)» учебным планом не предусмотрено.

5. Структура и содержание дисциплины

5.1 Структура дисциплины

№ п/п	Раздел дисциплины	Неделя семестра	Виды учебной работы, включая самостоятельную и трудоемкость (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости (по неделям семестра) Форма промежуточн
			Л	КПЗ	КРАТ	СРП	Контроль	
9 - семестр								
1.	Вводная	1-2 неделя	2	4				Собеседование
2.	Семиотика психических расстройств. Обманы восприятия. Бредовые идеи.	3-4 неделя	2	6				Блиц-опрос
3	Аффективные синдромы. Кататонический синдром.	5-6 неделя	2	6				Блиц опрос, курация
4	Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения.	7-8 неделя	2	6				Блиц опрос, курация больных,
5	Нарушения ясности сознания. Симптоматические психозы.	9-10 неделя	2	6			1	Блиц опрос, курация
6	Эндогенные психозы: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (МДП)	11-12 неделя	4	8			1	Блиц опрос, курация больных
7	Реактивные состояния и психопатии.	13-14 недел	2	6			1	Блиц опрос, курация
8	Психиатрия позднего возраста. Детская психиатрия.	15-17 неделя	4	8			1	Блиц опрос, курация
9.	Промежуточная аттестация	19 неделя			0,35		35,65	Экзамен в устной форме
	Итого:		20	48	0,35	-	35,65	4

5.2. Структура дисциплины для заочной формы обучения.

Заочной формы обучения по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» учебным планом не предусмотрено.

**5.3.Содержание разделов дисциплины «Нормальная физиология», образовательные технологии.
Лекционный курс.**

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.)	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
1	Введение	2/0,05	<p>Определение предмета психиатрии. Организация психиатрической службы в России. Общее и различное в психиатрии и соматической медицине. Психическое как идеальное; материальные основы психики и ее патологии. Психологические и клинические основы систематики симптомов. Симптом, синдром, нозологическая единица в психиатрии.</p>	<p>ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,</p>	<p>Знать: -принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств ; - принципы организации психиатрической службы в Российской Федерации ; - методы исследования, применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению, методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. Уметь: - определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального</p>	<p>Проблемная лекция</p>

					<p>давления, определение свойств артериального пульса и.п.) оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</p> <p>- заполнять историю болезни, выписать рецепт.</p> <p>Владеть: - методами общеклинического исследования;</p> <p>- правильным ведением медицинской документации</p>	
2	<p>Семиотика психических расстройств. Обманы восприятия. Бредовые идеи.</p>	2/0,05	<p>Расстройства восприятия. Иллюзии, галлюцинации. Истинные и псевдогаллюцинации. Вербальный псевдогаллюциноз и его клиническое значение. Метаморфозии. Расстройства схемы тела. Бредовые идеи как особая форма нарушения мышления. Сверхценные идеи. Разделение бредовых идей по содержанию, структуре (систематизированные, несистематизированные). Понятие о параноидном, параноидном, парафреническом синдромах.</p>	<p>ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,</p>	<p>Знать: - принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств;</p> <p>- юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар;</p> <p>- принципы организации психиатрической службы в Российской Федерации;</p>	<p>Проблемная лекция</p>
3	<p>Аффективные синдромы. Кататонический синдром.</p>	2/0,05	<p>Депрессия как наиболее распространенная форма нарушения психики. Психотическая и субпсихотическая депрессия. Синдромы эндогенной, ажитированной депрессии. Реактивная и мотивированная депрессии, их значение в общеврачебной практике. Маниакальный синдром. Апатия и абulia. Кататонический ступор и</p>	<p>ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,</p>	<p>средства, используемые в психиатрии, принципы их подбора, противопоказания к их назначению, возможные побочные эффекты;</p> <p>- методы исследования,</p>	<p>Проблемная лекция</p>

			возбуждение. Клиническое значение аффективных и кататонических синдромов.		применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению ;	
4	Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения.	2/0,05	Ступени познания. Память, суждение, критика в умственной деятельности. Значение других сторон психики - воли, эмоций, личности в целом для мышления и его уровня. Деменция как проявление деструкции аппарата мышления - коры головного мозга. Врожденное и приобретенное слабоумие. Глобальная и лакунарная деменции. Различие между интеллектом и течением мыслей. Ускоренное, заторможенное, патологически - обстоятельное, разорванное, бессвязное мышление, синдромы и болезни, при которых они бывают.	ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,	- основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики ; - данные о распространенности, проявлениях, течении, терапии, прогнозе наиболее распространенных психических заболеваний, об их влиянии на адаптацию пациентов и возможности их трудовой и социальной реабилитации;	Проблемная лекция
5	Нарушения ясности сознания. Симптоматические психозы.	4/0,11	Сознание как философская категория. "Бодрствование" как физиологическая основа ясности сознания, значение ретикулярной формации. Критерии ясности сознания. Синдромы нарушенного сознания: апродуктивные - оглушенность: обнубиляция, сомналенция, сопор, кома; продуктивнопсихотические: делирий, онейроид, аменция, сумеречное состояние. Понятие симптоматического психоза. Место расстройств сознания при симптоматических психозах. "Переходные синдромы" - галлюцинаторно - бредовой, аффективные. Корсаковский синдром. Астенический и психоорганический синдромы. Патогенез - токсический, циркуляторный и другие факторы. "Поч-	ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,	- особенности описания психического, наркологического, сексологического статусов больного на основе клинического и параклинического обследования лиц с психическими расстройствами ; - лекарственные средства, медицинские манипуляции, экологические и социальные факторы, повышающие риск возникновения психических расстройств, принципы профилактики психических заболеваний ;	Проблемная лекция

			ва" и вредность при симптоматическом психозе. Инфекционные психозы. Соматогении, их значение в психической заболеваемости настоящего времени. Инфекционная астения, делирий, аменция. Затяжные, ремиттирующие, хронические инфекционные психозы. Нейроинфекции и психические нарушения при них. Соматогенные расстройства психики и их патогенез. Реактивные состояния в связи с физической болезнью. Ятрогении и их деонтологическая профилактика.		уметь: - своевременно выявлять наиболее острые психические расстройства, которые могут представлять непосредственную опасность для жизни и здоровья больного и лиц, его окружающих; - сформулировать предварительное заключение о психическом состоянии больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение;	
6	Эндогенные психозы: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (МДП)	2/0,05	Понятие об эндогенных психозах. Значение наследственности. Полигенная концепция этиологии шизофрении. Болезнь, преморбидные отклонения (шизоидный характер), отклонения у родственников. Внешние вредности в возникновении и течении шизофрении, Основные формы шизофрении: простая, кататоническая, параноидная, гебефреническая, циркулярная. Этапы течения. Особенности начального этапа, трудности диагноза. Типы течения - периодический, шубообразный и непрерывно-прогредиентный. Принципы лечения шизофрении. Краткие сведения о клинике и течении МДП.	ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,	- оказать помощь в ургентной ситуации и по возможности купировать наиболее опасные и неотложные психические расстройства (психомоторное возбуждение, агрессивное и суицидальное поведение, отказ от еды, эпилептический статус, тяжело протекающий делирий, отравление психоактивными веществами; - организовать надзор, удержание и транспортировку возбужденного и социально опасного больного;	Проблемная лекция
7	Реактивные состояния и психопатии.	2/0,05	Понятие "психопатия", "реактивное состояние". Психотические и непсихотические формы реактивных состояний. Неврозы и условия для их возникновения. Астенический невроз, невроз навязчивых состояний, истерический и ипо-	ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,	- собрать субъективный и объективный анамнез и провести их предварительный анализ	Проблемная лекция

			хондрический неврозы. Реактивные психозы: аффективно-шоковые, депрессивные, параноидные, истерические. Психопатии; акцентуированный характер, патохарактерологическое развитие. Классификация психопатий. Военная и судебно-психиатрическая экспертиза при психопатиях. Среда и социальная адаптация психопатов.		;	
8	Психиатрия позднего возраста. Детская психиатрия.	4/0,11	Социальное значение помощи пожилым. Геронтология и гериатрия. Основные группы психических расстройств. Психогении старости. Атеросклеротические и гипертонические нарушения психики. Типовые синдромы - церебрастения, деменция, психозы. Сенильная деменция. Общие особенности симптоматики, этиологии, лечения психических болезней у детей. Детские неврозы. Основные формы олигофрении, детская эпилепсия. Шизофрения. Наследственность при этих болезнях. Проблема отклонения поведения у детей и подростков.	ОК-1, ОК-8, ОПК-4, ПК-8, ПК-6,	<ul style="list-style-type: none"> - распознавать психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами для своевременного направления пациента к врачу-психиатру ; - грамотно, психотерапевтично проводить беседу с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов ; - использовать элементы психотерапии в комплексном лечении самых различных заболеваний (включая соматические); - курация психически больного, описание истории болезни больных с психическим расстройством ; - ведение протоколов клинического разбора психически больного, экспериментально-психологического обследования психически больного и самообследование ; - заполнение карт обследования больных с психическими расстройствами при научном исследовании на основе историй 	Проблемная лекция

					<p>болезни, параклинических данных ;</p> <p>- работа с наглядным материалом экспериментально-психологических тестов, диагностических методик по исследованию психических функций.</p> <p>владеть: практическими навыками и манипуляциями.</p>	
	Итого:	20/0,6				

5.4 Клинико-практические занятия, их наименование и объем в часах

№ п / п	№ раздела дисциплины	Наименование клинико-практических занятий	Объем в часах / трудоемкость в з.е.
9 семестр			
1	Введение	Введение История развития и становления медицинской (клинической психологии) в России.	4/0,11
2	Семиотика психических расстройств. Обманы восприятия. Бредовые идеи.	Семиотика психических расстройств. Обманы восприятия. Бредовые идеи. Бред, сверхценные идеи, навязчивые состояния. Расстройство восприятия: иллюзии,	6/0,17
3	Аффективные синдромы. Кататонический синдром.	Аффективные синдромы. Кататонический синдром. Расстройства памяти,	6/0,17
4	Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения.	Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения. Пресенильные психозы, пресенильная и сенильная деменции. Психические расстройства при сосудистых	6/0,17
5	Нарушения ясности сознания.	Нарушения ясности сознания. Симптоматические психозы.	6/0,17
6	Эндогенные психозы: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (МДП)	Эндогенные психозы: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (МДП) Важнейшие психопатологические синдромы. Курация больных.	6/0,17
7	Реактивные состояния и психопатии.	Реактивные состояния и психопатии. Неврозы и условия для их возникновения. Астенический невроз, невроз навязчивых состояний, истерический и ипохондрический неврозы. Реактивные психозы: аффективно-шоковые, депрессивные, параноидные, истерические.	6/0,17
8	Психиатрия позднего возраста. Детская психиатрия. Аутизм.	Психиатрия позднего возраста. Детская психиатрия. Аутизм. Геронтопсихиатрия. Важнейшие психопатологические синдромы.	8/0,22
	Итого:		48/1,33

5.5. Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

Практические и семинарские занятия по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» учебным планом не предусмотрено.

5.6. Примерная тематика курсовых проектов (работ) Курсовой проект (работа) по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» учебным планом не предусмотрен.

5.7. Самостоятельная работа студентов

Содержание и объем самостоятельной работы студентов

№ п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объем в часах / трудоемко
9 семестр				
1	Вводная	- работа с литературой; - изучение медицинской документации; - решение ситуационных задач	2-4 неделя	1/0,02
2	Семиотика психических расстройств. Обманы воспри- - работа с	- Подготовка к лабораторным занятиям, написание докладов.	5-6 неделя	1/0,02
3	Раздел 2. Аффективные синдромы. Кататонический синдром.	- работа с литературой; - изучение медицинской документации; - решение ситуационных задач	8-12 неделя	1/0,02
4	Раздел 3. Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения.	- работа с литературой; - изучение медицинской документации;	13-19 неделя	1/0,02
	Итого:			4/0,11

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

6.1. Методические указания

1. Учебно-методические материалы для студентов специальностей Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, ординаторов (на кафедре).

6.2 Литература для самостоятельной работы

1. [Иванец, Н.Н. Психиатрия и медицинская психология](#) [Электронный ресурс]: учебник / И. И. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, М.А. Кинкулькина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 896 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438947.html>
2. Цыганков, Б.Д. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452400.html>

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Нормальная физиология»

7.1 Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе образовательной программы

Этапы формирования компетенций (номер семестра согласно учебному плану)	Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы.
ОК-1: способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	
1	История
1	Химия в медицине
2, 3	Биомеханика
3	История и культура адыгов
3	Биотехнология в медицине
4	Философия
4	Профилактика социально-значимых заболеваний
4	Медико-социальная реабилитация
6	Основы психосоматики
6	Психология здоровья
6	Менеджмент и маркетинг в здравоохранении
6	Основы бережливого производства
9	<i>Психиатрия</i>
9, А	Медицинская психология
С	Медицина катастроф
1	УП Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков НИД (Уход за больными терапевтического и хирургического профиля)
2	УП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник младшего медицинского персонала)
4	УП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник палатной медицинской сестры)
6	УП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник процедурной медсестры)
8	<i>ПП Клиническая практика (Помощник врача)</i>
А	<i>ПП Клиническая практика (Помощник амбулаторно-профилактического учреждения)</i>
С	<i>Государственная итоговая аттестация</i>
ОК-8: готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	
1	Иностранный язык
4	Биоэтика
6	Психология и педагогика
6	Основы психосоматики
6	Психология здоровья
9	<i>Психиатрия</i>
9, А	Медицинская психология

С	Медицина катастроф
1	УП Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков НИД (Уход за больными терапевтического и хирургического профиля)
1	Клиническая практика (Уход за больными терапевтического и хирургического профиля)
2	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник младшего медицинского персонала)
4	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник палатной медицинской сестры)
6	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник процедурной медсестры)
8	ПП Клиническая практика (Помощник врача)
А	ПП Клиническая практика (Помощник амбулаторно-профилактического учреждения)
С	Государственная итоговая аттестация
ОПК-4: способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	
4	Биоэтика
6	Психология и педагогика
7, 8, С	Медицинская генетика
9	<i>Психиатрия</i>
9, А	Медицинская психология
А, В	Травматология, ортопедия
С	Медицина катастроф
1	УП Практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков НИД (Уход за больными терапевтического и хирургического профиля)
1	Клиническая практика (Уход за больными терапевтического и хирургического профиля)
2	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник младшего медицинского персонала)
4	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник палатной медицинской сестры)
6	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник процедурной медсестры)
8	ПП Клиническая практика (Помощник врача)
А	ПП Клиническая практика (Помощник врача амбулаторно-профилактического учреждения)
С	Государственная итоговая аттестация
ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
6	Основы психосоматики
6	Психология здоровья
7	Урология
7, 8	Оториноларингология
7, 8	Факультетская хирургия
7, 8, 9, А	Акушерство и гинекология
7, 8, А	Факультетская терапия
7, 8, А	Профессиональные болезни
С	Неврология
С	Нейрохирургия

8	Офтальмология
8, 9	Педиатрия
9	Дерматовенерология
9	Психиатрия
9, А	Медицинская психология
9, А, В	Инфекционные болезни
9, А, В	Госпитальная хирургия, детская хирургия
9, А, В, С	Госпитальная терапия, эндокринология
А, В	Травматология, ортопедия
В	Репродуктология
С	Фтизиатрия
С	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
С	Онкология, лучевая терапия
С	Сосудистая хирургия
С	Детские болезни
8	ПП Клиническая практика (Помощник врача)
С	Государственная итоговая аттестация
А	Противодействие коррупции в профессиональной сфере
ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X – пересмотр	
4	Иммунология
5, 6	Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика
5, 6	Общая хирургия, лучевая диагностика
7	Урология
7, 8	Оториноларингология
7, 8, 9, А	Акушерство и гинекология
7, 8, А	Факультетская терапия
7, 8, А	Профессиональные болезни
С	Неврология
С	Медицинская генетика
С	Нейрохирургия
8	Офтальмология
8	Факультетская хирургия
8, 9, А	Педиатрия
9	Дерматовенерология
9	Психиатрия
9, А	Медицинская психология
9, А, В	Инфекционные болезни
9, А, В	Госпитальная хирургия, детская хирургия
9, А, В, С	Госпитальная терапия, эндокринология
9, А, В, С	Поликлиническая терапия
А	Стоматология
А, В	Травматология, ортопедия
В	Судебная медицина
В	Репродуктология
С	Фтизиатрия
С	Онкология, лучевая диагностика
С	Сосудистая хирургия
С	Медицина катастроф
С	Детские болезни
6	ПП Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (Помощник процедурной медсестры)

8	ПП Клиническая практика (Помощник врача)
С	Государственная итоговая аттестация
А	Противодействие коррупции в профессиональной сфере

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции (в рамках дисциплины, модуля, практики)	Критерии оценивания результатов обучения				Наименование оценочного средства
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	
ОК-1: способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу					
Знать: закономерности функционирования клеток, тканей, органов, систем здорового организма и механизмы его регуляции, рассматриваемые с позиций нормальной физиологии; - основные источники учебной и научно-медицинской информации, перечень отечественных и зарубежных периодических изданий по физиологии, Internet-ресурсы медико-физиологической направленности	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Здания для контрольных работ, тестовые задания, опрос.
Уметь: использовать базовые знания и навыки управления информацией для решения исследовательских профессиональных задач; медико анатомическим и физиологическим понятийным аппаратом	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: объяснять информационную ценность различных показателей (констант) и механизмы регуляции деятельности клеток, тканей, органов, систем и целостного организма	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
ОК-8: готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия					
Знать: основные направления психологии, общие и индивидуальные особенности психики подростка и взрослого	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Здания для контрольных работ, тестовые задания, опрос.

человека, психологию личности и малых групп;					
Уметь: ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях.	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет.	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
ОПК-4: способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности					
Знать: юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Здания для контрольных работ, тестовые задания, опрос.
Уметь: грамотно, психотерапевтично проводить беседу с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: практическими навыками и манипуляциями	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами					

<p>Знать: основные лекарственные средства, используемые в психиатрии, принципы их подбора, противопоказания к их назначению, возможные побочные эффекты;</p>	<p>Фрагментарные знания</p>	<p>Неполные знания</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</p>	<p>Сформированные систематические знания</p>	<p>Здания для контрольных работ, тестовые задания, опрос.</p>
<p>Уметь: оказать помощь в ургентной ситуации и по возможности купировать наиболее опасные и неотложные психические расстройства (психомоторное возбуждение, агрессивное и суицидальное поведение, отказ от еды, эпилептический статус, тяжелопротекающий делирий, отравление психоактивными веществами - использовать элементы психотерапии в комплексном лечении самых различных заболеваний (включая соматические</p>	<p>Частичные умения</p>	<p>Неполные умения</p>	<p>Умения полные, допускаются небольшие ошибки</p>	<p>Сформированные умения</p>	
<p>Владеть:практическими навыками и манипуляциями</p>	<p>Частичное владение навыками</p>	<p>Несистематическое применение навыков</p>	<p>В систематическом применении навыков допускаются пробелы</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков</p>	

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X – пересмотр

Знать: принципы построения международной и отечественной классификации психических расстройств - методы исследования, применяемые в психиатрии, их диагностические возможности, показания к проведению; - основные симптомы и синдромы психических расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики;	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Задания для контрольных работ, тестовые задания, опрос.
Уметь: сформулировать предварительное заключение о психическом состоянии больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение - собрать субъективный и объективный анамнез и провести их предварительный анализ	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: практическими навыками и манипуляциями	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	

7.1. Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

7.1.1. Примерные тестовые задания к практическим занятиям

Тестовые задания

1. Какие клинические симптомы из перечисленных ниже указывают на психосенсорные расстройства?

А резонёрство

Б макропсии, метаморфопсии

В амнезия

Г сенестопатии

Д конфабуляции

2. Какие клинические симптомы из перечисленных ниже указывают на элементар-

ные галлюцинации?

- А парестезии
- Б расстройства «схемы тела»
- В фотопсии, акаозмы
- Г искажённое восприятие окружающих предметов

3. К системным неврозам у детей относятся:

- А заикание, энурез, тики
- Б невроз навязчивых состояний
- В истерический невроз
- Г ничего из перечисленного

4. Абулия – это...

- А невозможность счёта
- Б отсутствие побуждений
- В утрата воспоминаний
- Г психомоторное возбуждение

5. Способность к формулировке концепций и их обобщению называется:

- А конкретным мышлением
- Б абстрактным мышлением
- В бредовым мышлением
- Г интеллектуализацией
- Д рационализацией

6. Амбивалентность – это...

- А отчуждение собственных мыслей, действий
- Б утрата желаний, бездеятельность
- В возникновение противоположных тенденций в психической деятельности
- Г вид амнезии

7. Апатия - это...

- А повышенная физическая и умственная утомляемость
- Б повышенная физическая и умственная активность
- В безразличие к себе и окружающим событиям
- Г погружение в мир личных переживаний

8. К нарушениям пищевого влечения у детей относятся:

- А нервная анорексия
- Б бред и галлюцинации
- В апатия
- Г абулия

9. Бред - это...

- А застревание в сознании какой-либо мысли, чуждой личности больного и попытка борьбы с ней
Б обстоятельность мышления
В суждения, несоответствующие действительности, овладевающие сознанием больного и не корригируемые при разъяснении и переубеждении
Г неспособность к абстрактному мышлению
- 10. Навязчивые идеи - это...**
А стремление вопреки разуму, воле, чувствам совершить какое - либо бессмысленное действие
Б произвольно возникающий, неуправляемый поток мыслей
В чуждые личности больного мысли при сохранении критического отношения и попытки борьбы с ними
Г застойность, замедленность психических процессов
- 11. Тотальная деменция - это...**
А снижение памяти
Б утрата предпосылок и собственно интеллекта
В врожденное слабоумие
- 12. Депрессия - это...**
А состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения
Б пониженное настроение, ангедония, снижение работоспособности
В отчуждение всех психических функций
- 13. Сверхценные идеи - это...**
А склонность к формальным аналогиям
Б суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению положение в сознании с развитием борьбы за их реализацию
В неспособность разделения главного и второстепенного с застреванием на несущественных деталях
- 14. Разорванность мышления - это...**
А ответы на поставленные вопросы не по существу, не попадая
Б соединение несопоставимых обстоятельств, явлений
В нарушение внутренних логических связей при сохранении грамматической формы речи
- 15. Какие клинические симптомы указывают на галлюцинаторно-параноидный синдром?:**
А резонерство, шизофазия, истинные вербальные галлюцинации
Б псевдогаллюцинации, бред воздействия, психические автоматизмы
В снижение памяти, интеллекта, эмоциональная лабильность
- 16. Какой клинический симптом указывает на синдром психического автоматизма?:**
А сверхценные идеи
Б навязчивые мысли
В бред преследования
Г эхомыслие
- 17. Отличием алкогольного абстинентного синдрома от интоксикации является:**
А. Наличие более грубых соматических нарушений
Б. Появление психотической симптоматики
В. Непреодолимая потребность в новом употреблении спиртного
Г. Алкогольная деградация личности
- 18. Какие клинические симптомы указывают на корсаковский амнестический синдром?:**
А бред ревности, вербальный галлюциноз, фиксационная амнезия
Б конфабуляции, псевдореминисценции, фиксационная амнезия, общая гипомнезия
В снижение памяти, интеллекта, эмоциональная лабильность

19. Какой клинический симптом указывает на кататоническое возбуждение?:

- А нецеленаправленное психомоторное возбуждение
- Б негативизм
- В импульсивное поведение
- Г верно всё перечисленное

20. Какие клинические симптомы указывают на кататонический ступор?:

- А повышенное настроение, обездвиженность, зрительные галлюцинации
- Б симптом «восковой гибкости», мутизм, обездвиженность
- В отсутствие сухожильных рефлексов, потеря чувствительности, обездвиженность
- Г верно всё перечисленное

21. Какие клинические симптомы указывают на маниакальный синдром?:

- А бред преследования, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы
- Б бред величия, эйфория, шизофазия
- В ускорение мышления, повышенное настроение, повышенная двигательная активность
- Г амбивалентность, резонёрство, паралогия мышления

22. Какие клинические симптомы указывают на делириозное расстройство сознания?:

- А истинные устрашающие зрительные галлюцинации, дезориентировка во времени и месте, страх
- Б эйфория, сценopodobные зрительные псевдогаллюцинации, дезориентировка во времени, месте, личности
- В повышение порога чувствительности, моторные автоматизмы, нарушение всех видов ориентировки

23. Клинические симптомы указывающие на онейроидное расстройство сознания, кроме?:

- А отрешённость от окружающего мира
- Б фантастические зрительные псевдогаллюцинации
- В эйфория
- Г невозможность вступить в контакт
- Д тотальная деменция

24. Характерные черты алкогольного амнестического расстройства:

- А у больных отмечается полинейропатия в анамнезе
- Б обычно имеется длительное употребление алкоголя в анамнезе
- В может последовать за отменой алкоголя
- Г наблюдается нарушение кратковременной памяти, но не непосредственной фиксации
- Д все перечисленное
- Е ничего из перечисленного

25. Какие клинические симптомы указывают на астенический синдром?:

- А повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, вегетативная дисфункция
- Б галлюцинации, бред величия, повышенный фон настроения
- В аутизм, патологическое фантазирование, апатия

Ключи к тестам

1.	Б	16.	Г
2.	В	17.	В
3.	А	18.	Б
4.	Б	19.	Г
5.	Б	20.	Б
6.	В	21.	В
7.	В	22.	А
8.	А	23.	Д
9.	В	24.	Д
10.	В	25.	А
11.	Б		
12.	Б		
13.	Б		
14.	В		
15.	Б		

7.1.2 Тематика реферативных работ

1. Развитие идей нестеснения в психиатрии.
2. Структура и организация амбулаторной и стационарной психиатрической помощи в РФ.
3. Расстройства восприятия.
4. Нарушения мышления.
5. Аффективные синдромы.
6. Патология памяти и интеллекта.
7. Аффективно-бредовые синдромы.
8. Синдромы нарушения сознания.
9. Психические расстройства при соматических заболеваниях.
10. Шизофрения: клиника, течение, лечение и реабилитация.
11. Биполярное аффективное расстройство. Циклотимия.
12. Олигофрени: клиника, диагностика.
13. Аутизм: клиника, диагностика
14. Аутистическое мышление.
15. Символическое и паралогическое мышление.
16. Детское мышление. Патологическое фантазирование.
17. Разновидности галлюцинаций.
18. Интоксикационные психозы.
19. История взглядов на шизофрению.
20. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения.
21. Токсикомания летучими органическими растворителями.
22. Кокаиновая наркомания.
23. Наркомания вследствие употребления препаратов конопли.
24. Полинаркомания.
25. Атипичные и сезонные депрессии.
26. Акцентуации характера.
27. Пограничные расстройства личности.
28. Истерическая конверсия.
29. Психосоматические заболевания.
30. Сон и его нарушения.
31. Основы законодательства в области психиатрии.

7.3.4 Промежуточный контроль

7.3.4 Примерный перечень вопросов к экзамену

1. Психиатрия, содержание понятия, ее предмет и задачи. Особенности психической патологии на современном этапе. Значение изучения психиатрии для врача общего профиля.
2. Основные этапы истории отечественной психиатрии: монастырский, приказный, земский, советский. Особенности современной психиатрии.
3. Значение научных трудов И.М. Сеченова, И.П. Павлова, П.К. Анохина, В.М. Бехтерева для формирования естественнонаучных основ отечественной психиатрии.
4. Понятие о психической норме.
5. Причины возникновения психической патологии. Психотические и непсихотические уровни психических расстройств.
6. Значение научных трудов И.М. Балинского, С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.Х. Кандинского в развитии отечественной психиатрии.
7. Понятие об основных концепциях зарубежной психиатрии: антипсихиатрия, психоанализ, бихевиориальная концепция.
8. Понятие симптома, синдрома в клинике психических заболеваний. Психопродуктивные и дефицитарные синдромы.
9. Клинические проявления маниакального и кататонического возбуждения.
10. Формы психомоторного возбуждения. Клиническая картина, тактика врача.
11. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
12. Метод клинического исследования в психиатрии.
13. Астенический синдром, клинические примеры. Нозологическая принадлежность.
14. Аффективные расстройства. Классификация, клиническая картина.
15. Депрессивный синдром. Клиническая характеристика, систематика; нозологическая принадлежность.
16. Бред. Содержание понятия. Классификация, клиническая картина.
17. Маниакальный синдром. Клиническая характеристика; нозологическая принадлежность.
18. Неврозоподобные синдромы. Клиническая характеристика; нозологическая принадлежность.
19. Галлюцинаторно-бредовые синдромы. Клиническая характеристика, систематика.
20. Патологические телесные сенсации, содержание понятия, систематика. Клинические примеры. Тактика врача.
21. Токсикомания вследствие злоупотребления транквилизаторами.
22. Причины психических заболеваний. Роль наследственно-генетических и средовых факторов в возникновении психических расстройств.
23. Психическая травма и механизмы психологической защиты. Содержание понятий, роль в неврозогенезе.
24. Расстройства интеллекта: ведущие симптомы, синдромы.
25. Маскированная депрессия: клиническая картина, клинические типы, терапия.
26. Клинико-психопатологический метод в психиатрии (расспрос, наблюдение, изучение творчества больных). Значение параклинических исследований.
27. Галлюцинации: содержание понятия, классификация, клиническая картина, нозологическая принадлежность.
28. Психотропные препараты в терапии психических заболеваний.
29. Сверхценные идеи и паранойяльный бред. Содержание понятий, клиническая картина, дифференциальная диагностика, нозологическая принадлежность.
30. Синдром навязчивых состояний.
31. Эпилептические пароксизмы. Классификация. Клиническая картина.

32. Астенический синдром.
33. Предмет и задачи психиатрии. Методы исследования.
34. Тревожные расстройства. Клинические проявления, систематика, тактика врача.
35. Особенности современной психиатрии. Понятие временного и лекарственного патоморфоза психических заболеваний.
36. Панические расстройства. Клиническая картина. Лечение.
37. Иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза.
38. Расстройства памяти, клиническая картина, систематика, нозологическая принадлежность.
39. Деменция, ее формы, клиническая картина. Причины формирования деменции.
40. Олигофрения, содержание понятия. Причины формирования, патогенез, систематика, клиническая картина. Диагностика.
41. Формы расстройств и лечений.
42. Прогрессивный паралич и сифилис мозга. Клинико-психопатологические проявления, принципы лечения.
43. Психические расстройства при соматических заболеваниях. Клиническая картина, тактика врача.
44. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз). Клинические примеры. Тактика врача.
45. Неврастения.
46. Корсаковский синдром. Клиническая картина, нозологическая принадлежность.
47. Психоорганический синдром, содержание понятия, причины формирования, клинические варианты. Тактика врача.
48. Диагностические критерии расстроенного сознания. Характеристика различных форм и степеней выключенного сознания. Нозологическая принадлежность.
49. Алкоголизм, содержание понятия, эпидемиология, этиология, патогенез. Вопросы трудовой, военной, судебно-психиатрической экспертизы.
50. Алкогольный абстинентный синдром. Клинические проявления, условия возникновения, диагностическое значение. Тактика врача.
51. Металкогольные психозы. Систематика, условия развития, тактика врача. Алкогольный делирий. Клинические стадии, варианты.
52. Белая горячка. Терапевтическая тактика.
53. Алкоголизм. Клинические стадии. Лечение алкоголизма.
54. Психические нарушения при травматических поражениях головного мозга. Клиника начального и острого периодов. Тактика врача.
55. Клиника психических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Тактика врача.
56. Наркомании. Общие закономерности этиологии и патогенеза. Классификация наркоманий.
57. Токсикомании. Классификация, клиническая картина, лечение.
58. Специфические изменения личности у больных эпилепсией. Эпилептическое слабоумие.
59. Эпилепсия. Эпидемиология, вопросы этиологии и патогенеза. Классификация форм эпилепсии.
60. Неврозы. Содержание понятия, механизмы неврогенеза.
61. Классификация эпилептических пароксизмов, клиническая картина. Тактика врача при большом судорожном припадке.
62. Маниакально-депрессивный психоз и циклотимия. Клиническая картина. Лечение.
63. Шизофрения. Закономерности течения и исход. Современные представления об этиологии и патогенезе шизофрении.

64. Шизофрения. Клинические проявления дефицитарных (негативных) и продуктивных расстройств. Клинические примеры.
65. Неврозы, их систематика, вопросы патоморфоза на современном этапе. Клиническая картина. Лечение.
66. Психозы позднего возраста. Сенильные психозы. Закономерности клиники и течения. Клинические примеры. Тактика врача.
67. Психогенные заболевания, причины и условия их возникновения.
68. Реактивные состояния. Клиника реактивных психозов, условия их формирования, прогноз. Вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы.
69. Истерический невроз. Конверсионные расстройства.
70. СПИД. Психика больных СПИДом, психические расстройства при СПИДе. Тактика врача.
71. Психосоматические расстройства. Содержание понятия. Причины и механизмы формирования.
72. Понятие психиатрии катастроф, типы психических расстройств, тактика врача.
73. Лечение неврозов. Роль психотерапии, психофармакотерапии.
74. Принципы диагностики и лечения психосоматических расстройств. Клиническая картина, стадии развития.
75. Опиийная наркомания. Тактика врача.
76. Циклотимия. Клиническая картина, лечение. Психотропные препараты, используемые для профилактики аффективных фаз.
77. Олигофрении. Содержание понятия, эпидемиология, клиника, систематика, тактика врача.
78. Алкоголизм и наследственность.
79. Лечение эпилепсии.
80. Болезни зависимости, классификация, закономерности развития, исходы.
81. Дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские, их структура и задачи.
82. Принципы организации психиатрической помощи в сельской местности.
83. Внебольничная психиатрическая помощь. Психоневрологический диспансер, его структура и задачи.
84. Психиатрическая больница. Психиатрические отделения при больницах общего профиля.
85. Организационные принципы отечественной психиатрии.
86. Лечение алкоголизма.
87. Нейролептики, их использование в психиатрической и общеврачебной практике.
88. Транквилизаторы. Их использование в психиатрической и общеврачебной практике.
89. Психотерапия. Содержание понятия. Значение психотерапии при различных заболеваниях. Виды психотерапии.
90. Ноотропы. Их использование в психиатрической и общеврачебной практике.
91. Побочные эффекты и осложнения, вызванные применением психотропных средств. Тактика врача и мероприятия по устранению.
92. Антидепрессанты, их использование в психиатрической и общеврачебной практике.
93. Понятие о психоанализе.
94. Значение медикаментозного лечения при алкоголизме.
95. Расстройства личности. Общее понятие. Классификация. Вопросы социальной адаптации и реабилитации при психопатиях. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при психопатиях.
96. Методы параклинического исследования больных в психиатрии, их значение. Клинические примеры.
97. Семейная психотерапия.
98. Лечение и реабилитация больных шизофренией. Вопросы трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы при шизофрении.

99. Лечение сосудистых заболеваний головного мозга, протекающих с психическими нарушениями.
 100. Гипнотерапия и аутогенная тренировка.
 101. Цели и задачи трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертизы при психических заболеваниях.
 102. Вопросы организации наркологической помощи на современном этапе.
 103. Психопатии. Определение понятия по П.Б. Ганнушкину. Клиническая динамика. Принципы коррекции.
 104. Никотиномания, клиническая картина. Лечение.
 105. Истерические пароксизмы: клиническая картина, типы, дифференциальная диагностика, тактика врача.
 106. Показания и порядок недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу.
 107. Основные виды, техники и современные принципы психотерапии.
 108. Организация лечения и реабилитации наркоманов и токсикоманов.
 109. Нейролептики-ретарды.
 110. Малые нейролептики.
 111. Атипичные нейролептики.
 112. Понятие о международной классификации болезней – МКБ-10.
 113. Принципы лечения психических расстройств при соматических заболеваниях.
 114. Оформление документации на больного с психическими расстройствами.
 115. Соматоформные расстройства: классификация, клиника, основные подходы к терапии.
 116. Принципы лечения эпилепсии.
 117. Панические атаки. Дифференциальный диагноз. Тактика врача.
 118. Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические проявления, принципы лечения.
 119. Расстройства личности с преобладанием шизоидных черт. Клиника, варианты. Основные принципы коррекции.
 120. Расстройства личности с преобладанием истероидных черт. Клиника, варианты. Основные принципы коррекции.
 121. Расстройства личности с преобладанием психастенических черт. Клиника, варианты. Основные принципы коррекции.
 122. Антидепрессанты группы СИОЗС.
 123. Антиконвульсанты. Основные показания, принципы назначения.
- 7.2. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Характеристика оценочного средства.

Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Шкала оценивания
Текущий контроль успеваемости.			

<p>Ситуационные задачи (кейсовый метод)</p>	<p>Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.</p> <p>При использовании кейсового метода подбирается соответствующий теме исследования реальный материал. Обучающиеся должны решить поставленную задачу и получить реакцию окружающих на свои действия. При этом нужно понимать, что возможны различные решения задачи. Обучающиеся должны понимать с самого начала, что риск принятия решений лежит на них, преподаватель только поясняет последствия риска принятия необдуманных решений.</p> <p>Роль преподавателя состоит в направлении беседы или дискуссии, например, с помощью проблемных вопросов, в контроле времени работы, в побуждении отказаться от поверхностного мышления, в вовлечении группы в процесс анализа кейса.</p> <p>Периодически преподаватель может обобщать, пояснять, напоминать теоретические аспекты или делать ссылки на соответствующую литературу.</p> <p>Кейсовый метод позволяет решать следующие задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принимать верные решения в условиях неопределенности; - разрабатывать алгоритм принятия решения; - овладеть навыками исследования ситуации, отбросив второстепенные факторы; - разрабатывать план действий, ориентированных на намеченный результат; - применять полученные теоретические знания, в том числе при изучении других дисциплин, для решения практических задач; <p>учитывать точки зрения других специалистов на рассматриваемую проблему при принятии окончательного решения.</p> <p>Критериями оценки являются:</p> <p>5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа, полный ответ на поставленные вопросы;</p> <p>4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов; неполные ответы на вопросы;</p> <p>3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов;</p> <p>2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации</p>	<p>Задания для решения ситуационных задач</p>	<p>Двух-балльная/пяти-балльная шкала</p>
---	--	---	--

	или неправильно выбранная тактика действий		
Тест	<p>Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.</p> <p>В тестовых заданиях используются четыре типа вопросов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закрытая форма - наиболее распространенная форма и предлагает несколько альтернативных ответов на поставленный вопрос. Например, обучающемуся задается вопрос, требующий альтернативного ответа «да» или «нет», «является» или «не является», «относится» или «не относится» и т.п. Тестовое задание, содержащее вопрос в закрытой форме, включает в себя один или несколько правильных ответов и иногда называется выборочным заданием. Закрытая форма вопросов используется также в тестах-задачах с выборочными ответами. В тестовом задании в этом случае сформулированы условие задачи и все необходимые исходные данные, а в ответах представлены несколько вариантов результата решения в числовом или буквенном виде. Обучающийся должен решить задачу и показать, какой из представленных ответов он получил; - открытая форма - вопрос в открытой форме представляет собой утверждение, которое необходимо дополнить. Данная форма может быть представлена в тестовом задании, например, в виде словесного текста, формулы (уравнения), графика, в которых пропущены существенные составляющие - части слова или буквы, условные обозначения, линии или изображения элементов схемы и графика. Обучающийся должен по памяти вставить соответствующие элементы в указанные места («пропуски»); - установление соответствия - в данном случае обучающемуся предлагают два списка, между элементами которых следует установить соответствие; - установление последовательности - предполагает необходимость установить правильную последовательность предлагаемого списка слов или фраз. <p>Критерием оценки тестовых заданий, выполняемых студентом являются: правильно указанные ответы на 71% -80% - удовлетворительно, 81%-90% - хорошо, 100% - отлично</p>	Фонд тестовых заданий	100-балльная шкала/5-балльная система
Устный опрос	<p>Критериями оценки ответов вопросов, являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правильно указанный полный ответ на поставленный вопрос – отлично; - неполный ответ, требующий дополнений - хорошо; - ответы на большую часть вопроса или ответ на во- 	Перечень тем, вопросов и заданий к прак-	Пяти-балльная шкала

	прос, требующие существенных дополнений и корректировки - удовлетворительно; фрагментарные знания - неудовлетворительно.	тиче-ским за-нятиям	
Презента-ция	<p>Требования к подготовке презентации</p> <p>Продукт самостоятельной работы обучающегося по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы, представляющий собой слайд-шоу в сопровождении студента, дающего комментарии и пояснения в ходе показа слайдов.</p> <p>Критерии оценки презентации (двухбалльная –«зачтено» и «незачтено»)</p> <p>«Зачтено» - материал соответствует теме презентации, слайды понятные и убедительны, вызывают интерес у аудитории и их оформление соответствует предложенным критериям. Докладчик излагает материал уверенно и свободно, правильно отвечает на вопросы по материалу презентации.</p> <p>«Не зачтено» - материал не соответствует теме презентации, слайды не понятны, не относятся к теме презентации либо не помогают раскрыть ее суть, материал представленный на слайдах не вызывает интерес у аудитории. Материал поясняющий презентацию излагается докладчиком с грубыми ошибками, он не может ответить на поставленные вопросы.</p>	Темати-ка пре-зентаций	Двух-балльная/ пяти-балльная шкала
Промежуточная аттестация.			

<p>Экзамен</p>	<p>Экзамен по дисциплине (модулю) служит для оценки работы обучающегося в течение семестра (семестров) и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных им теоретических и практических знаний, приобретения навыков самостоятельной работы, развития творческого мышления, умение синтезировать полученные знания и применять их в решении профессиональных задач.</p> <p>Экзамен проводится в 3 этапа:</p> <p>1 этап – тестирование</p> <p>2 этап – проверка практических навыков</p> <p>3 этап – собеседование</p> <p>1-й этап оценивается по 100 – балльной шкале. Баллы переводятся в 5-тибалльную систему: 86 – 100 баллов – «отлично», 76 – 85 баллов – «хорошо», 56 - 75 баллов – «удовлетворительно», 55 баллов и меньше – «неудовлетворительно». 2-й и 3-й этапы оцениваются по 5-балльной системе:</p> <p>5 (отлично) – знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; полный ответ демонстрирующий полученные знания;</p> <p>4 (хорошо) - незначительные затруднения при ответе на вопросы; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога;</p> <p>3 (удовлетворительно) – затрудненный, неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; корректировка ответа, возможна при наводящих вопросах педагога,</p> <p>2 (неудовлетворительно) –неправильный ответ.</p> <p>Общая оценка выводится как среднеарифметическая за 3 этапа.</p>	<p>Вопросы и задачи к этапам экзамена</p>	<p>100 - балльная шкала 5 - балльная шкала</p>
----------------	---	---	--

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

8.1. Основная литература

1. Цыганков, Б.Д. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 544 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452400.html>
2. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н.Н. Иванец и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 832 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411674.html>

8.2. Дополнительная литература

1. Незнанов, Н.Г. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Н.Г. Незнанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 496 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438282.html>

2. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник / Н.Н. Иванец и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 832 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411674.html>

3. Цыганков, Б.Д. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебник / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 384 с. - ЭБС «Консультант студента» - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421987.html>

8.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://mkgtu.ru/>

2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.government.ru>

3. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.garant.ru/>

4. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: <http://elibrary.ru/>

5. Электронный каталог библиотеки – Режим доступа:// <http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/fol2>;

6. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: <http://window.edu.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

9.1. Краткие теоретические и учебно-методические материалы по каждой теме, позволяющие студентам ознакомиться с сущностью вопросов, изучаемых на занятии

ЛЕКЦИЯ № 1. Общая психопатология

Организация психиатрической помощи. Основные положения закона РФ о психиатрической помощи. Основные психопатологические синдромы. Понятие нозологии. Этиология психических заболеваний. Принципы современной классификации психических расстройств. Общая психопатология.

Психоз – болезненное расстройство психики, которое проявляется целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности. Как правило, психоз сопровождается появлением не свойственных нормальной психике явлений: галлюцинаций, бреда, расстройств психомоторного и аффективного характера.

Невротический уровень психических расстройств характеризуется тем, что сохраняется правильная оценка собственного состояния как болезненного, правильное поведение, а также расстройства в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. Данный уровень нарушения психической деятельности, расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения к происходящим событиям. По определению А. А. Портнова, эти расстройства – нарушение произвольной адаптации.

Психопатический уровень психических расстройств проявляется стойкой дисгармонией личности больного, которая выражается в нарушении адаптации к окружающей среде, что связано с чрезмерной аффективностью и аффективной оценкой окружающего. Вышеописанный уровень психических расстройств может наблюдаться у больного всю жизнь либо возникать в связи с перенесенными соматическими заболеваниями, а также при аномалиях развития личности.

Выраженные психотические расстройства в виде психозов встречаются гораздо реже других расстройств. Зачастую больные в первую очередь обращаются к врачам общей практики, что связано с началом болезни в виде появления вегетативной и соматической симптоматики.

Врачи общей практики нередко первыми встречаются и с психозами в их самой начальной стадии, когда болезненные проявления еще не очень выражены, не слишком заметны. Достаточно часто врач любого профиля может столкнуться с начальными проявлениями, особенно если начальная форма психической болезни внешне напоминает какое-то соматическое заболевание. Практически любой врач может попасть в ситуацию, когда требуется оказание неотложной психиатрической помощи, например купировать состояние острого психомоторного возбуждения у больного с белой горячкой, сделать все возможное при возникновении эпилептического статуса, попытках к самоубийству.

Нозологическое направление в современной психиатрии (от греч. *nosos* – «болезнь») распространено как в нашей стране, так и в части европейских государств. Исходя из структуры данного направления все психические нарушения представлены в виде отдельных психических болезней, таких как шизофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы.

Основопологающим методом нозологического направления является подробное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление описательной психиатрией Э. Крепелина. К основным разделам современной психиатрии относятся: *гериатрическая, подростковая и детская психиатрия*. Они являются областями клинической психиатрии, посвященными

особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Раздел психиатрии, именуемый *наркологией*, изучает диагностику, профилактику и лечение наркоманий, токсикоманий и алкоголизма. В западных странах врачей, специализирующихся в области наркологии, называют аддикционистами (от английского слова addiction – «пристрастие, зависимость»).

Судебная психиатрия занимается разработкой основ судебно-психиатрической экспертизы, а также ведет работу по предупреждению общественно опасных действий психически больных лиц.

Социальная психиатрия занимается изучением роли социальных факторов в возникновении, течении, профилактике и лечении психических заболеваний и организации психиатрической помощи.

Транскультуральная психиатрия – раздел клинической психиатрии, посвященный сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур.

Такой раздел, как *ортопсихиатрия* сплачивает подходы психиатрии, психологии и других медицинских наук к диагностике и лечению нарушения поведения. Особое внимание уделяется мерам профилактики, направленным на предупреждение развития этих нарушений у детей. Разделами психиатрии также являются сексопатология и суицидология (занимающаяся изучением причин и разработкой мер по предупреждению самоубийств на уровне предотвращения суицидального поведения, предшествующего им).

Пограничными с психиатрией и в то же время обособленными научными дисциплинами являются *психотерапия, медицинская психология, а также психофармакология*.

2. Организация психиатрической помощи

В основе организации психиатрической помощи в любой стране лежат права граждан, которым данная помощь оказывается. Она не может осуществляться без решения вопросов правового положения психически больных. Согласно законодательству нашего государства, содержащему положения, касающиеся как самого психически больного, так и врача и психиатрической службы, необходимо максимально защитить интересы психически больных и в то же время оградить общество от опасных действий психически больных. Психиатрическая помощь населению может быть оказана как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Стационарная психиатрическая помощь

Для оказания стационарной помощи населению существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения, которые могут быть специализированы для лечения больных с пограничными непсихотическими состояниями, неврозами и неврозоподобными состояниями, цереброастеническими расстройствами, психосоматическими заболеваниями, а также пациентов, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства.

Внебольничная помощь психически больным

Психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу, были учреждены в 1923 г. В настоящее время психиатрическая помощь вне стен стационара развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в психоневрологическом диспансере; формируется новый вид консультативной психиатрической помощи без постановки больного на учет в этом учреждении; улучшается психиатрическая помощь вне диспансера, в системе общей медицинской помощи – в психотерапевтических кабинетах поликлиник – для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Кроме того, в последнее время стали практиковать лечение в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях, а вечером возвращаются домой. Существуют также ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж, а утром больные возвращаются на работу.

Для детей с различными невротическими состояниями существуют санаторные, так называемые лесные школы, в которых ослабленные дети получают соответствующую терапию и обучаются в течение одной четверти.

Наркологическая служба

В 1976 г. в состав учреждений здравоохранения был введен специальный наркологический диспансер, являющийся основой наркологической службы.

Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья и представляет собой сеть специализированных учреждений, оказывающих медико-юридическую, медико-социальную, а также лечебно-профилактическую помощь больным наркоманией, алкоголизмом и токсикоманией.

Права психически больных людей

Впервые «Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, направленные на защиту прав психически больных» были приняты Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. В дальнейшем (1993 г.) был принят специальный закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», согласно которому квалифицированная психиатрическая помощь оказывается бесплатно с учетом всех достижений науки и практики. В основе данного закона лежат постановления, согласно которым при оказании психиатрической помощи не должно ущемляться достоинство больного. Также данный закон регламентирует порядок проведения психиатрического освидетельствования. В настоящем законе сказано, что психиатрическое освидетельствование и профилактические осмотры проводятся только по просьбе или с согласия обследуемого, а освидетельствование и осмотры несовершеннолетнего до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо законного представителя.

3. Основные психопатологические синдромы. Понятие нозологии

В переводе с греческого «синдром» означает «скопление», «стечение». В настоящий момент медицинский термин «синдром» означает совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Немецким психиатром К. Кальбаумом в 1863 г. при описании кататонии был предложен термин «симптомокомплекс». В то время кататония считалась отдельным заболеванием, но позднее стало ясно, что это типичный вариант симптомокомплекса.

4. Принципы современной классификации психических расстройств

Общие положения

Во всем мире официально существует два типа классификаций психических расстройств: национальные классификации и Международная, разрабатываемая в рамках Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и регулярно обновляемая.

На сегодняшний день действует международная классификация психических расстройств и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10), которая существенно отличается от предыдущих версий Международной классификации психических расстройств и является достаточно прогрессивной, отражая недавние достижения мировой психиатрии.

Однако, по мнению большинства различных психиатрических школ и направлений, в классификации МКБ-10 имеются существенные недостатки.

К таковым относятся: атеоретичность, противоречивость и чрезмерная усложненность классификации психических расстройств в целом.

В дополнение к вышеописанным несовершенствам МКБ-10 можно прибавить необоснованный, хотя и частичный отход от клинико-нозологических позиций, выделение в качестве самостоятельных заболеваний психических расстройств, психопатологических синдромов и даже симптомов, скептическое отношение к фундаментальным понятиям и положениям психиатрии, проверенным мировой клинической практикой.

Вследствие указанных особенностей использование МКБ-10 в качестве основы при изложении учебного материала по психиатрии весьма затруднительно для усвоения данной медицинской дисциплины студентами. В связи с этим третья часть учебника («Частная психиатрия»), в которой описываются психические заболевания и более или менее самостоятельные формы психических расстройств, построена на основе отечественной классификации психических расстройств. Данная классификация более последовательна, логична, в основном построена на клинико-нозологических принципах и широко используется в российской психиатрии.

Для примера: в главах «Частной психиатрии» отражено соотношение клинико-нозологических форм психических расстройств в отечественном понимании с таковыми в МКБ-10.

Отечественная классификация психических расстройств

В отечественной классификации психических расстройств клинико-нозологические формы разделяются на основе тесной взаимосвязи установленных этиологических факторов и патогенетических механизмов, а также сходства клинических проявлений, динамики и исходов психических заболеваний.

1. Эндогенные психические заболевания:

1) шизофрения;

2) маниакально-депрессивный психоз;

3) циклотимия;

4) функциональные психические расстройства позднего возраста.

Как правило, данные заболевания обусловлены внутренними патогенными факторами, в том числе наследственной предрасположенностью, при определенном участии в их возникновении различных внешних негативных факторов.

2. Эндогенно-органические психические заболевания:

- 1) эпилепсия (эпилептическая болезнь);
- 2) атрофические заболевания головного мозга, деменции альцгеймеровского типа;
- 3) болезнь Альцгеймера;
- 4) сенильная деменция;
- 5) болезнь Пика;
- 6) хорея Гентингтона;
- 7) болезнь Паркинсона;

8) психические расстройства, обусловленные сосудистыми заболеваниями головного мозга.

В развитии данных заболеваний первопричиной могут служить как внутренние факторы, приводящие к органическому поражению головного мозга и церебрально-органической патологии, так и внешние факторы, обусловленные внешним влиянием биологического характера: черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, интоксикации.

3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства:

- 1) психические расстройства при соматических заболеваниях;
- 2) экзогенные психические расстройства;
- 3) психические расстройства при инфекционных заболеваниях внемозговой локализации;
- 4) алкоголизм;
- 5) наркомании и токсикомании;
- 6) психические расстройства при лекарственных, промышленных и других интоксикациях;
- 7) экзогенно-органические психические расстройства;
- 8) психические расстройства при черепно-мозговых травмах;
- 9) психические расстройства при нейроинфекциях;

10) психические расстройства при опухолях головного мозга.

К данной, достаточно многочисленной группе относятся: психические расстройства, вызванные соматическими заболеваниями и разнообразными экзогенными факторами внемозговой локализации, зачастую приводящие к церебрально-органическому поражению. Как правило, в формировании психических расстройств данной группы определенную, но не главенствующую роль играют эндогенные факторы. Стоит подчеркнуть, что психические заболевания, развившиеся в связи с опухолями головного мозга, с большой долей условности могут быть отнесены к расстройствам экзогенного характера.

4. Психогенные расстройства:

1) реактивные психозы;

2) неврозы;

3) психосоматические (соматоформные) расстройства.

Данная группа расстройств развивается в результате воздействия стрессовых ситуаций на личность и телесную сферу.

5. Патология развития личности:

1) психопатии (расстройства личности);

2) олигофрении (состояния психического недоразвития);

3) прочие задержки и искажения психического развития.

К этой группе относятся психические состояния, вызванные аномальным формированием личности.

5. Разделы Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10)

Данная классификация включает в себя 11 разделов.

F0 – органические, включая симптоматические, психические расстройства.

F1 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

F2 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

F3 – расстройства настроения (аффективные расстройства).

F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

F5 – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

F6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

F7 – умственная отсталость.

F8 – нарушения психологического развития.

F9 – поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

F99 – неуточненное психическое расстройство.

6. Общая психопатология

6.1. Расстройства восприятия

Восприятие – начальная ступень высшей нервной деятельности. Благодаря восприятию внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов и событий.

Раздражитель → ощущение → восприятие → представление.

Ощущение – простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений, возникающий в процессе их воздействия на органы чувств.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их свойств. Не зависит от воли индивидуума.

Представление – образ предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений. Зависит от воли индивидуума.

Симптомы расстройств восприятия

Гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям обычной силы. Часто встречается при экзогенно-органических поражениях ЦНС (интоксикации, травмы, инфекции), маниакальных состояниях.

Гипестезия (гипоэстезия) – пониженная чувствительность к раздражителям. Часто наблюдается при расстройствах сознания, органических нарушениях ЦНС, депрессивных состояниях. Анестезия – крайняя степень гипестезии. Болезненная психическая анестезия – субъективно кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительно-

сти, обусловленное снижением эмоционального тона (*anaesthesia psychica dolorosa*). Наблюдается при депрессиях.

Агнозия – неузнавание раздражителя, встречается при органических поражениях ЦНС, истерических расстройствах чувствительности.

Парестезии – субъективные ощущения, возникающие без раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т. д.). Расстройства имеют локализацию, четко ограниченную зонами иннервации. Являются симптомом неврологического расстройства.

Сенестопатии (иллюзии общего чувства) – неопределенные, трудно локализуемые, неприятные, тягостные телесные ощущения. Имеют своеобразные описания больными (стягивание, разливание, расслоение, переворачивание, сверление и т. д.). Ощущения не имеют реальной основы, «непредметны», не соответствуют зонам иннервации. Часто встречаются в структуре сенесто-ипохондрического синдрома (сенестопатии + идеи «мнимой» болезни + аффективные расстройства), при шизофрении, депрессиях.

Иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих предметов и событий.

Аффектогенные иллюзии возникают при страхе, тревоге, депрессии, экстазе. Их возникновению способствует нечеткость восприятия окружающего (слабое освещение, невнятная речь, шум, удаленность объекта). Содержание иллюзий связано с аффективными переживаниями. Например, при выраженном страхе за свою жизнь человек слышит угрозы в разговоре далеко стоящих людей.

Физические – связаны с особенностями физических явлений (ложка в стакане воды кажется кривой).

Парейдолические иллюзии – зрительные иллюзии, при которых узоры, трещины, ветви деревьев, облака замещаются образами фантастического содержания. Наблюдаются при делирии, интоксикациях психомиметиками.

При иллюзиях всегда есть реальный объект (в отличие от галлюцинаций) или явление окружающего мира, которое в сознании больного отражается неправильно. Иллюзии в ряде случаев сложно дифференцировать от бредовой интерпретации больным окружающей обстановки, при которой предметы и явления верно воспринимаются, но нелепо трактуются.

Эдейтизм – чувственно яркое представление непосредственно предшествовавшего ощущения (особенно яркое воспоминание).

Фантазм – чувственно яркие, отчетливо фантастические грезы наяву.

Галлюцинации – расстройство восприятия в виде образов и представлений, возникающих без реального объекта.

Простые галлюцинаторные образы возникают в одном анализаторе (например, только зрительные).

Сложные (комплексные) – в формировании образов участвуют два и более анализатора. Содержание галлюцинаций связано общей фабулой. Например, при алкогольном делирии больной «видит» черта, «ощущает» его прикосновения и «слышит» обращенную к нему речь.

По анализаторам (по модальностям) выделяют следующие типы галлюцинаций.

Зрительные галлюцинации. Элементарные (фотопсии) лишены четкой формы – дым, искры, пятна, полосы. Завершенные – в виде отдельных людей, предметов и явлений.

В зависимости от субъективной оценки размеров выделяют:

1) нормоптические – галлюцинаторный образ соответствует реальным размерам предметов;

2) микроптические галлюцинации – уменьшенных размеров (кокаинизм, алкогольный делирий);

3) макроптические галлюцинации – гигантские.

Разновидности зрительных галлюцинаций:

1) экстракампинные галлюцинации – зрительные образы возникают вне поля зрения (сбоку, сзади);

2) аутоскопические галлюцинации – видение больным собственного двойника.

Зрительные галлюцинации обычно возникают на фоне помраченного сознания.

Галлюцинаторные образы могут быть окрашены в один цвет (при эпилепсии чаще монохромные, красного цвета), могут быть подвижными и неподвижными, сценopodobными (при онейроиде), стойкими и отрывочными.

Слуховые (вербальные) галлюцинации. Элементарные (акоазмы) – шум, треск, оклики по имени. Фонемы – отдельные слова, фразы. Галлюцинаторные переживания наиболее часто представлены в виде голосов. Это может быть один какой-то определенный голос или несколько (хор голосов).

По содержанию выделяют:

1) императивные, или приказывающие, галлюцинации (являются показанием для госпитализации в психиатрический стационар);

2) комментирующие (мнимый собеседник комментирует действия и мысли больного); угрожающие, оскорбляющие;

3) антагонистические (противоположное по смыслу содержание – то обвиняющие, то защищающие).

Тактильные (осязательные) галлюцинации в отличие от сенестопатий носят предметный характер, больной четко описывает свои ощущения: «паутина на лице», «ползание насекомых». Характерным симптомом для некоторых интоксикаций, в частности циклодолом, является «симптом исчезающей сигареты», при котором больной явно ощущает наличие зажатой между пальцами сигареты, но когда подносит руку к лицу, сигарета исчезает. У некурящих это может быть мнимый стакан воды.

Термические – ощущение тепла или холода.

Гигрические – ощущение влаги на поверхности тела.

Гаптические – внезапное ощущение прикосновения, хватания.

Кинестетические галлюцинации – ощущение мнимого движения.

Речедвигательные галлюцинации – ощущение, что речевой аппарат совершает движения и произносит слова помимо воли больного. По сути, является вариантом идеаторного и двигательного автоматизмов.

Галлюцинации общего чувства (висцеральные, телесные, interoцептивные, энтероцептивные) проявляются ощущениями наличия внутри тела инородных предметов или живых существ.

Для больного ощущения имеют точную локализацию и «предметность». Больные четко описывают свои ощущения («змеи в голове», «гвозди в желудке», «черви в плевральной полости»).

Вкусовые галлюцинации – чувство в ротовой полости непривычных вкусовых ощущений, обычно неприятных, не связанных с приемом пищи. Нередко являются причиной отказа больного от еды.

Обонятельные галлюцинации – мнимое восприятие запахов, исходящих от предметов или от собственного тела, чаще неприятного характера. Нередко сосуществуют с вкусовыми.

Могут наблюдаться в виде моносимптома (галлюциноз Боннера – неприятный запах от собственного тела).

Клинически важно разделение на истинные и ложные галлюцинации.

Истинные галлюцинации – больной воспринимает галлюцинаторные образы как часть реального мира, содержание галлюцинаций отражается в поведении больного. Больные «стряхивают» мнимых насекомых, спасаются бегством от чудовищ, разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, что может являться объективным признаком их наличия. Характерна экстрапроекция, т. е. образы проецируются вовне или в реальное пространство в пределах досягаемости. Течение, как правило, острое. Характерны для экзогенных психозов (отравления, травмы, инфекции, психогении). Критика больного к переживаниям отсутствует.

Ложные галлюцинации (псевдогаллюцинации) – у больных отсутствует ощущение объективной реальности. Больной воспринимает образы внутренним «я». Он четко разграничивает реальность и галлюцинаторный образ. Характерна интропроекция, голоса звучат «внутри головы», образы возникают перед внутренним взором, или источник находится в недосыгаемости органов чувств (голоса из космоса, телепатическая связь, астрал и т. д.). Почти всегда присутствует чувство сделанности, насильственности. Больной «понимает», что образы передаются только ему. Течение, как правило, хроническое. Может наблюдаться критическое отношение к переживаниям, однако на высоте психоза критика отсутствует. Наблюдаются при эндогенных психозах.

Гипнагогические галлюцинации – чаще всего зрительные галлюцинации. Появляются при закрытии глаз в покое, чаще предшествуют засыпанию, проецируются на темный фон.

Гипнапомпические галлюцинации – то же самое, но при пробуждении. Эти два вида галлюцинаций часто относят к разновидностям псевдогаллюцинаций. Среди этой разновидности галлюцинаций наблюдаются следующие типы патологических представлений: зрительные (наиболее часто), вербальные, тактильные и комбинированные. Эти расстройства еще не являются симптомом психоза, зачастую свидетельствуют о препсихотическом состоянии или возникают при обострении тяжелых соматических заболеваний. В ряде случаев требуют коррекции, если являются причиной нарушения сна.

Дополнительно по особенностям возникновения выделяют следующие типы галлюцинаций.

Функциональные галлюцинации всегда слуховые, появляются лишь при реальном звуковом раздражителе. Но в отличие от иллюзий реальный раздражитель не сливается (не подменяется) с патологическим образом, а сосуществует с ним.

Рефлекторные галлюцинации заключаются в том, что правильно воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного. Например, больной слышит реальную фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая фраза.

Апперцептивные галлюцинации появляются после волевого усилия больного. Например, больные шизофренией нередко «вызывают» у себя голоса.

Галлюцинации Шарля Бонне наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (слепота, глухота), а также в условиях сенсорной депривации. Галлюцинации всегда возникают в поле пораженного или информативно ограниченного анализатора.

Психогенные галлюцинации возникают под воздействием психической травмы или внушения. Их содержание отражает психо-травмирующую ситуацию или суть внушения.

Психосенсорные расстройства – нарушение восприятия размеров, формы, взаимного расположения предметов в пространстве и (или) размеров, веса собственного тела (расстройства схемы тела).

Микропсия – уменьшение размеров видимых предметов.

Макропсия – увеличение размеров видимых предметов.

Метаморфопсии – нарушение восприятия пространства, формы и величины предметов.

Поропсии – нарушение восприятия пространства в перспективе (вытянутые или спресованные).

Полиопсии – при формальной сохранности органа зрения вместо одного предмета видится несколько.

Оптическая аллестезия – больному кажется, что предметы якобы находятся не на своем месте.

Дисмегалопсии – изменения восприятия предметов, при которых последние кажутся перекрученными вокруг своей оси.

Аутометаморфозии – искаженное восприятие формы и размеров собственного тела. Расстройства возникают при отсутствии зрительного контроля.

Нарушение восприятия течения времени (тахихрония – субъективное ощущение ускорения времени, брадихрония – замедление). Часто отмечается при депрессии и маниакальных состояниях.

Нарушение восприятия последовательности временных событий.

Сюда относятся явления «уже виденного» – *deja vu* , «уже слышанного» – *deja entendu* , «уже испытанного» – *deja vecu* и «никогда не виденного» – *jamais vu* , «не слышанного» – *jamais entendu* , «ранее не испытанного» – *jamais vecu* . В первом случае у больных в новой, незнакомой обстановке возникает ощущение, что эта обстановка им уже знакома. Во втором – хорошо известная обстановка кажется как будто увиденной впервые.

Психосенсорные расстройства по отдельности возникают редко. Обычно отдельные симптомы психосенсорных расстройств рассматривают в рамках двух основных синдромов: **синдрома дереализации** и **синдрома деперсонализации**.

Эти нарушения наиболее часто встречаются при экзогенно-органических психозах, абстинентных состояниях, эпилепсии, нейроревматизме.

Синдромы расстройств восприятия

Галлюциноз – психопатологический синдром, ведущим расстройством которого являются галлюцинации. Галлюцинации, как правило, возникают в одном анализаторе, реже в нескольких. Возникающие аффективные расстройства, бредовые идеи, психомоторное возбуждение носят вторичный характер и отражают содержание галлюцинаторных переживаний. Галлюцинозы возникают на фоне ясного сознания.

Расстройства могут протекать остро, при этом характерна яркая галлюцинаторная симптоматика, галлюцинаторное возбуждение, выражен аффективный компонент психоза, возможно образование бреда, может отмечаться психотически суженное сознание.

При хроническом течении галлюциноза аффективный компонент угасает, галлюцинации становятся привычным для больного моносимптомом, нередко появляется критическое отношение к расстройствам.

Острый слуховой (вербальный) галлюциноз. Ведущим симптомом являются слуховые (вербальные) галлюцинации. В prodromальном периоде характерны элементарные

слуховые галлюцинации (акозмы, фонемы), гиперакузия. На высоте психоза характерны истинные галлюцинации (звуки доносятся извне – из-за стены, из другой комнаты, из-за спины). Больные рассказывают о том, что они слышат, с обилием деталей, и создается впечатление, будто они это видят (сценopodobный галлюциноз).

Всегда присутствует аффективный компонент – страх, тревога, злоба, угнетенность. Нередко возникает галлюцинаторный вариант психомоторного возбуждения, при котором в поведении больного отражается содержание галлюцинаций (больные разговаривают с мнимыми собеседниками, затыкают уши, совершают суицидальные попытки, отказываются от еды). Возможно образование вторичного бреда (галлюцинаторный бред), в бредовых идеях отражается содержание галлюцинаций и аффективных переживаний.

Критика к происходящему отсутствует. Сознание формально ясное, психотически сужено, больные сосредоточены на своих переживаниях.

Хронический вербальный галлюциноз – проявление, как правило, ограничена галлюцинаторной симптоматикой.

Может наблюдаться как неблагоприятный исход острого вербального галлюциноза. При этом сначала уменьшается напряженность аффекта, затем упорядочивается поведение, исчезает бред. Появляется критика к переживаниям. Галлюцинации теряют яркость, их содержание становится однообразным, безразличным для пациента (инкапсуляция).

Хронический вербальный галлюциноз без этапа острого психотического состояния начинается с редких галлюцинаторных эпизодов, которые учащаются и усиливаются. Иногда возможно формирование малоактуального интерпретативного бреда.

Встречается при инфекционных, интоксикационных, травматических и сосудистых поражениях головного мозга. Может быть начальным признаком шизофрении, при этом он усложняется и трансформируется в синдром Кандинского-Клерамбо.

Педункулярный зрительный галлюциноз (галлюциноз Лермитта)

возникает при поражении ножек головного мозга (опухоли, травмы, токсоплазмоз, сосудистые нарушения). Ведущим симптомом являются зрительные галлюцинации с экстрапроекцией на небольшом удалении от глаз, чаще сбоку. Как правило, галлюцинации подвижны, беззвучны, эмоционально нейтральны. Отношение к переживаниям критическое.

Зрительный галлюциноз Шарля Бонне возникает при полной или частичной слепоте. Вначале появляются отдельные незавершенные зрительные галлюцинации. Далее их число растет, они становятся объемными, сценopodobными. На высоте переживаний критика к галлюцинациям может исчезать.

Галлюциноз Ван-Богарта характеризуется постоянными истинными зрительными галлюцинациями. Чаще это зооптические галлюцинации в виде красивых бабочек, мелких животных, цветов. Сначала галлюцинации возникают на эмоционально нейтральном фоне, однако со временем в структуре синдрома появляются: аффективное напряжение, психомоторное возбуждение, бред. Галлюциноз сменяется делирием. Характерно, что данному галлюцинозу предшествует этап сомноленции и нарколептических приступов.

Тактильный галлюциноз (галлюциноз Экбома). Характерно возникновение в пожилом возрасте. Больные испытывают «ползание насекомых» по коже и под кожей. Всегда сопровождается бредом одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред). Больные нередко наносят себе поверхностные порезы, чтобы извлечь мнимых паразитов.

Синдром Кандинского-Клерамбо является своего рода синдромом первого ранга в диагностике шизофрении. В структуре синдрома слуховые псевдогаллюцинации, психические автоматизмы.

При **галлюцинаторной форме** синдрома преобладают слуховые псевдогаллюцинации.

При **бредовом варианте** в клинической картине преобладает бред воздействия (телепатического, гипнотического, физического). Обычно присутствуют все виды автоматизмов.

Психический автоматизм – отчуждение больным собственных психических процессов и двигательных актов – собственные мысли, чувства, движения ощущаются внушенными, насильственными, подчиненными постороннему воздействию.

Различают несколько видов психического автоматизма.

1. **Идеаторный (ассоциативный)** проявляется наличием ощущения вкладывания чужих мыслей, отмечаются явления открытости мыслей (ощущение, что собственные мысли становятся известны окружающим, звучат, ощущение хищения мыслей).

2. **Сенсорный (чувственный)** психический автоматизм заключается в возникновении ощущений, чувств как будто под влиянием внешних. Характерно отчуждение собственных эмоций, у больного появляется чувство, что эмоции возникают под влиянием посторонней силы.

3. Моторный (кинестетический, двигательный) психический автоматизм характеризуется наличием у больного ощущения, что любые движения осуществляются под влиянием внешних воздействий.

Наличие данного синдрома в клинической картине заболевания свидетельствует о тяжести психотического процесса и требует проведения массивной комплексной терапии.

Синдром характерен для шизофрении, однако некоторыми авторами крайне редко описывается при интоксикациях, травмах, сосудистых нарушениях.

Возможно развитие и так называемого инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, при котором сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих. Эти явления обычно сочетаются с бредовыми идеями величия, особого могущества.

Дереализационный синдром. Ведущим симптомом является отчужденное и искаженное восприятие окружающего мира в целом. При этом возможны нарушения восприятия темпа времени (время течет быстрее или медленнее), цвета (все в серых тонах или наоборот яркое), искаженное восприятие окружающего пространства. Также могут наблюдаться симптомы по типу дежавю.

При депрессиях мир может казаться серым, время тянется медленно. Преобладание в окружающем мире ярких красок отмечают пациенты при употреблении некоторых психоактивных препаратов.

Восприятие окружающего в красных и желтых тонах типично для сумеречных эпилептических состояний.

Изменение восприятия формы и размеров окружающего пространства характерно для интоксикаций психоактивными веществами и для органических поражений головного мозга.

Деперсонализационный синдром выражается в нарушении самосознания, искаженном восприятии собственной личности и отчуждении отдельных физиологических или психических проявлений. В отличие от психического автоматизма, при данных расстройствах ощущения воздействия извне отсутствуют. Выделяют несколько вариантов деперсонализации.

Аллопсихическая деперсонализация. Ощущение измененности собственного «я», раздвоенности, появление чуждой личности, по другому реагирующей на окружающее.

Анестетическая деперсонализация. Потеря высших эмоций, способности чувствовать, переживать. Характерны жалобы на мучительное бесчувствие. Больные утрачивают способность ощущать удовольствие или неудовольствие, радость, любовь, ненависть или грусть.

Невротическая деперсонализация. Обычно больные жалуются на заторможенность всех психических процессов, изменение эмоционального реагирования. Больные сосредоточены на своих переживаниях, выявляется обилие жалоб на затрудненность мыслительной деятельности, трудность концентрации внимания. Характерно навязчивое «самокопание», самоанализ.

Сомато-физическая деперсонализация. Характерны изменения восприятия внутренних органов, отчуждение восприятия отдельных процессов с утратой их чувственной яркости. Отсутствие удовлетворения от мочеиспускания, дефекации, приема пищи, полового акта.

Нарушение схемы и размеров тела и его отдельных частей. Ощущения диспропорции тела и конечностей, «неправильного расположения» рук или ног. Под контролем зрения явления исчезают. Например, у больного постоянно возникает ощущение громадности пальцев рук, но при взгляде на руки эти ощущения пропадают.

Дисморфофобия. Убежденность в существовании у самого себя несуществующего недостатка, протекает без тяжелых расстройств психической деятельности. Проявляется преимущественно у подростков как преходящее возрастное явление.

Сенесто-ипохондрический синдром. Основу синдрома составляют сенестопатии, которые возникают первыми. В последующем присоединяются сверхценные идеи ипохондрического содержания. Больные обращаются к врачам, психическая природа заболевания отвергается, поэтому они постоянно настаивают на более углубленном обследовании и лечении. В последующем может развиваться ипохондрический бред, который сопровождается собственной трактовкой расстройств, зачастую антинаучного содержания, доверие к медработникам на этом этапе отсутствует (достигает уровня открытой конфронтации).

6.2. Расстройства мышления

Мышление – это функция познания, с помощью которой человек анализирует, связывает, обобщает, классифицирует. В основе мышления лежат два процесса: **анализ** (разложение целого на составляющие части с целью выделения главного и второстепенного) и **синтез** (создание целостного образа из отдельных частей). О мышлении судят по речи человека и иногда по действиям и поступкам.

Расстройства формы ассоциативного процесса

Ускоренный темп (тахифрения) – мышление носит поверхностный характер, мысли текут быстро, легко сменяют друг друга. Характерна повышенная отвлекаемость, больные постоянно перескакивают на другие темы. Речь ускоренная, громкая. Больные не соотносят силу голоса с обстановкой. Высказывания перемежаются стихотворными фразами, пением. Ассоциации между мыслями поверхностные, но все-таки они понятны.

Наиболее выраженная степень ускоренного мышления – **скачка идей** (*fuga idiorum*). Мыслей так много, что больной не успевает их проговорить, характерны незаконченные фразы, речь взхлеб. Необходимо дифференцировать с разорванным мышлением, при котором ассоциации полностью отсутствуют, темп речи остается обычным, нет характерной эмоциональной насыщенности. Ускоренный темп мышления характерен для маниакального синдрома и для опьянения стимуляторами.

Ментизм – субъективное ощущение, когда в голове присутствует масса мыслей, не связанных между собой. Это кратковременное состояние. В отличие от ускоренного мышления, крайне тягостное для больного состояние. Симптом характерен для синдрома Кандинского-Клерамбо.

Замедленный темп (брадифрения). Мысли с трудом возникают и подолгу держатся в сознании. Медленно сменяют одна другую. Речь тихая, бедна словами, ответы с задержками, фразы короткие. Субъективно больные описывают, что мысли, появляясь, преодолевают сопротивление, «ворочаются как камни». Больные считают себя интеллектуально несостоятельными, оглупевшими. Наиболее тяжелая форма замедленного мышления – моноидеизм, когда в сознании больного одна мысль держится в течение длительного времени. Данный вид расстройства характерен для депрессивного синдрома, органических поражений головного мозга.

Шперунг – обрывы мыслей, «закупорка мышления», больной внезапно теряет мысль. Чаще всего переживания субъективные и в речи могут быть не заметны. В тяжелых случаях – внезапное прекращение речи. Часто сочетается с мысленными наплывами, резонерством, наблюдается при ясном сознании.

Соскальзывающее мышление – отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется.

Разорванность мышления. При данном расстройстве наблюдается утрата логических связей между отдельными мыслями. Речь становится непонятной, грамматический строй речи сохраняется. Расстройство характерно для отдаленного этапа шизофрении.

Для **бессвязного (инкогерентного) мышления** характерна полная утрата логических связей между отдельными короткими высказываниями и отдельными словами (словесная крошка), речь теряет грамматическую правильность. Расстройство возникает при нарушенном сознании. Инкогерентное мышление входит в структуру аментивного синдрома (часто в состоянии агонии, при сепсисе, тяжелой интоксикации, кахексии).

Резонерство – пустые, бесплодные, расплывчатые рассуждения, не наполненные конкретным смыслом. Пустословие. Отмечается при шизофрении.

Аутистическое мышление – рассуждения опираются на субъективные установки больного, его желания, фантазии, заблуждения.

Часто присутствуют неологизмы – слова, придуманные самим больным.

Символическое мышление – больные придают особый смысл случайным предметам, превращая их в особые символы. Содержание их не понятно окружающим.

Паралогическое мышление – рассуждения с «кривой логикой», основывается на сопоставлении случайных фактов и событий. Характерно для параноидного синдрома.

Двойственность (амбивалентность) – больной утверждает и отрицает одновременно один и тот же факт, часто встречается при шизофрении.

Персеверативное мышление – застревание в сознании одной мысли или представления. Характерно повторение одного ответа на разные последующие вопросы.

Вербигерация – характерное нарушение речи в виде повторения слов или окончаний с их рифмованием.

Патологическая обстоятельность мышления. В высказываниях и рассуждениях присутствует чрезмерная детализация. Больной «застревает» на обстоятельствах, ненужных деталях, тема рассуждений не теряется. Характерно для эпилепсии, паранойяльного синдрома, психоорганических синдромов, для паранойяльного бреда (особенно заметно, когда обосновывают бредовую систему).

Расстройства смыслового содержания ассоциативного процесса

Сверхценные идеи – мысли, тесно спаянные с личностью больного, определяющие его поведение, имеющие основу в реальной ситуации, вытекающие из нее. Критика к ним ущербна, неполна. По содержанию выделяют сверхценные идеи ревности, изобретательства, реформаторства, личного превосходства, сутяжного, ипохондрического содержания.

Интересы больных суживаются до сверхценных идей, которые занимают доминирующее положение в сознании. Наиболее часто сверхценные идеи возникают у психопатических личностей (излишне уверенных в себе, тревожных, мнительных, с заниженной самооценкой) и в структуре реактивных состояний.

Бредовые идеи – ложные умозаключения, возникающие на болезненной основе, больной к ним не критичен, не поддается разубеждению. Содержание бредовых идей определяет поведение больного. Наличие бреда является симптомом психоза.

Основные признаки бредовых идей: нелепость, неправильность содержания, полное отсутствие критики, невозможность разубеждения, определяющее влияние на поведение больного.

По механизму возникновения выделяют следующие виды бреда.

Первичный бред – бредовые идеи возникают первично. Иногда присутствует в виде моносимптома (например, при паранойе), как правило, систематизированный, монотематический. Характерно наличие последовательных стадий формирования: бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование, кристаллизация бреда.

Вторичный бред – чувственный, возникает на основе других психических расстройств.

Аффективный бред. Тесно связан с выраженной эмоциональной патологией. Подразделяется на голотимный и кататимный.

Голотимный бред возникает при полярных аффективных синдромах. При эйфории – идеи с повышенной самооценкой, а при тоске – с пониженной.

Кататимный бред возникает в определенных жизненных ситуациях, сопровождающихся эмоциональным напряжением. Содержание бреда связано с ситуацией и особенностями личности.

Индукцированный (внушенный) бред. Наблюдается, когда больной (индуктор) убеждает окружающих в реальности его умозаключений, как правило, возникает в семьях.

В зависимости от содержания бредовых идей выделяют несколько характерных разновидностей бреда.

Персекураторные формы бреда (бред воздействия) При бреде преследования больной убежден, что группа лиц или один какой-то человек преследуют его. Больные социально опасны, потому что сами начинают преследовать подозреваемых лиц, круг которых постоянно растет. Нуждаются в стационарном лечении и длительном наблюдении.

Бред отношения – больные убеждены, что окружающие изменили к ним свое отношение, стали враждебны, подозрительны, постоянно на что-то намекают.

Бред особого значения – больные считают, что специально для них подбираются телепередачи, все происходящее вокруг носит определенный смысл.

Бред отравления – в самом названии отражена суть бредовых переживаний. Больной отказывается от еды, часто присутствуют обонятельные и вкусовые галлюцинации.

Бред воздействия – больной убежден, что мнимые преследователи каким-то особым образом (сглаз, порча, особые электротокы, радиация, гипноз и т. п.) воздействуют на его физическое и психическое состояние (синдром Кандинского-Клерамбо). Бред воздействия может быть инвертированным, когда больной убежден в том, что он сам воздействует и управляет окружающими (инвертированный синдром Кандинского-Клерамбо). Часто отдельно выделяется бред любовного воздействия.

Бредовые идеи материального ущерба (ограбления, обкрадывания) характерны для инволюционных психозов.

Бредовые идеи величия. Бред величия включает в себя группу различных бредовых идей, которые могут сочетаться у одного и того же больного: **бред могущества** (больной утверждает, что наделен особыми способностями, властью); **реформаторства** (идеи о переустройстве мира); **изобретательства** (убеждение в свершении великого открытия); **особого происхождения** (убежденность больных в том что они потомки великих людей).

Манихейский бред – больной убежден, что он в центре борьбы между силами добра и зла.

Смешанные формы бреда

Бред инсценировки. Больные убеждены, что окружающие специально для них разыгрывают некий спектакль. Сочетается с **бредом интерметаморфозы**, для которого характерны бредовые формы ложных узнаваний.

Симптом отрицательного и положительного двойника (синдром Карнга). При симптоме отрицательного двойника больной принимает близких людей за чужих. Характерно ложное узнавание.

При симптоме положительного двойника чужие и незнакомые люди воспринимаются как знакомые и родные.

Симптом Фреголи – больному кажется, что один и тот же человек является ему в различных перевоплощениях.

Бред самообвинения (убеждают, что грешники).

Бред мегаломанического содержания – больной считает, что из-за него страдает все человечество. Больной опасен для себя, возможны расширенные суициды (больной убивает свою семью и себя).

Нигилистический бред (бред отрицания) – больные убеждены, что у них нет внутренних органов, нет возможности благополучного функционирования органов, больные считают себя живыми трупами.

Ипохондрический бред – больные убеждены в наличии у них какого-либо физического заболевания.

Бред физического недостатка (дисморфоманический бред) характерен для подросткового возраста. Больные убеждены в наличии у них внешнего уродства. В отличие от дисморфофобии (которая была описана в рамках деперсонализационного синдрома) нарушения поведения очень значительны, сочетаются с бредом отношения и депрессией.

Бред ревности носит часто нелепое содержание, очень стоек. Больные социально опасны. Характерен для людей пожилого возраста, иногда связан с угасанием половой функции.

Редкие варианты содержания бредовых идей

Ретроспективный (интроспективный) бред – бредовые идеи касаются прошлой жизни (например, бред ревности после смерти супруга).

Резидуальный бред – наблюдается у больных после выхода из психоза, состояние измененного сознания.

Бредовые синдромы

Паранойяльный синдром – наличие монотематического первичного систематизированного бреда. Характерна одна тема, обычно бред преследования, ревности, изобретательства. Бредообразование первичное, так как бред не связан с галлюцинаторными переживаниями. Систематизированное, так как у больного есть система доказательств, которая имеет свою логику. Развивается медленно, постепенно, течение длительное. Прогностически неблагоприятен.

Параноидный синдром – бред разноплановый, несколько вариантов бреда (отношения, особого значения, преследования). В структуру этого синдрома часто входят расстройства восприятия (галлюцинаторно-параноидный синдром – бредовые идеи разноплановые, содержание бреда вторично, часто определяется содержанием галлюцинаций). Содержание бредовых идей меняется динамично. К бреду преследования присоединяется еще что-то. Сопровождается аффективным состоянием (страх, тревога, тоска). Характерно бредовое поведение и бредовое восприятие окружающего мира и текущих событий.

Острое течение (острый параноид) характерно для шизоаффективных психозов, приступообразной шизофрении, органических заболеваний головного мозга, интоксикаций.

Хроническое течение встречается при параноидной форме шизофрении, частым вариантом является галлюцинаторно-параноидный синдром Кандинского-Клерамбо.

Парафренный синдром. В структуру данного синдрома входят бредовые идеи могущества и преследования, галлюцинаторные переживания, разорванность мышления. Содержание бредовых идей постоянно меняется (часто совершенно нелепое и фантастическое), система полностью отсутствует, фабула меняется в зависимости от эмоционального состояния. Настроение или благодушное, или апатичное. Вышеперечисленные синдромы (паранойяльный, параноидный и парафренный) являются своего рода этапами развития бреда при параноидной форме шизофрении. Выделяют два варианта синдрома: экспансивный и конфабуляторный.

Синдром Котара. Наблюдается при инволюционных психозах. Бредовые идеи нигилистического содержания сопровождаются тревожно-депрессивным аффектом.

Дисморфоманический синдром. Бред внешнего уродства, бред отношения, депрессия. Больные активно посещают врачей, настаивают на пластических операциях. Возможны суицидальные мысли и поступки.

Навязчивые идеи. Навязчивые мысли (обсессии) – воспоминания сомнения, ненужные мысли, переживания, чуждые личности больного, возникающие в сознании больного помимо его воли. Больной критичен к таким посторонним мыслям, осознает их болезненный характер, борется с ними.

Контрастные навязчивые желания – желания совершать действия, которые не соответствуют моральным установкам личности, никогда не осуществляются.

Синдром навязчивых состояний (обсессивно-компульсивно-фобический) встречается при неврозах (невроз навязчивых состояний), при декомпенсации астенической психопатии, на начальных этапах малоградиентной шизофрении.

Варианты навязчивостей:

1) мысли хульного содержания;

2) арифмомания – навязчивый счет;

3) фобии – навязчивые страхи (огромное количество вариантов, из-за чего перечень фобий получил неофициальное название «сад греческих корней»):

а) **нозофобия** – навязчивая боязнь заболеть, как частные варианты часто встречаются кардиофобия (боязнь сердечного приступа) и канцерофобия (боязнь онкологического заболевания);

б) **фобии положения, агорафобия** – боязнь открытых пространств и **клаустрофобия** – боязнь замкнутого пространства;

в) **эритрофобия** – страх покраснеть на людях;

г) **скоптофобия** – боязнь показаться смешным;

д) **петтофобия** – боязнь упустить кишечные газы;

е) **лиссофобия (манифобия)** – страх сойти с ума;

ж) **фобофобия** – боязнь развития фобии.

На высоте переживания навязчивых страхов у больных отмечаются выраженные вегетативные расстройства, нередко двигательное (паническое) возбуждение.

Компульсии – навязчивые желания (например, тяга к наркотическим препаратам без явлений физической зависимости).

Ритуалы – особые навязчивые защитные действия, всегда сочетаются с фобиями.

Привычные навязчивые движения (не имеющие для больного защитного компонента) – обкусывание ногтей, волос, сосание пальца.

Особенности бредообразования в детском возрасте и у подростков

1. Галлюциногенность – у взрослых чаще первичное бредообразование, а у детей вторичное, основанное на галлюцинаторных переживаниях.

2. Кататимность (аффектогенность) – темы бредовых идей связаны с прочитанными книгами, компьютерными играми, просмотренными фильмами, которые произвели на ребенка сильное впечатление.

3. Фрагментарность (отрывочность) – расплывчатые незавершенные бредовые построения.

4. Бредоподобная настроенность – проявляется в чувстве недоверия к родным, воспитателям. Ребенок становится замкнутым, отчужденным.

5. Чем младше ребенок, тем примитивней бред. Характерен бред чужих родителей, бред загрязнения (постоянно моют руки до мацерации), ипохондрический бред, дисморфоманический. Идеи монотематического содержания, близки к паранойяльному бреду.

9.2. Тематический план клинико-практических занятий по дисциплине Психиатрия

1. Введение

История развития и становления медицинской (клинической психологии) в России.

2. Семиотика психических расстройств. Обманы восприятия. Бредовые идеи.

Бред, сверхценные идеи, навязчивые состояния. Расстройство восприятия: иллюзии, галлюцинации.

3. Аффективные синдромы. Кататонический синдром.

Расстройства памяти, слабоумие.

Аффективные и кататонические расстройства.

4. Нарушения памяти и мышления. Деменция, олигофрения.

Пресенильные психозы, пресенильная и сенильная деменции. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.

5. Нарушения ясности сознания. Симптоматические психозы.

Нарушение ясности сознания. Инсулинотерапия. ЭКТ.

6. Эндогенные психозы: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (МДП)

Важнейшие психопатологические синдромы. Курация больных. Написание амбулаторной истории болезни.

7. Реактивные состояния и психопатии.

Неврозы и условия для их возникновения. Астенический невроз, невроз навязчивых состояний, истерический и ипохондрический неврозы. Реактивные психозы: аффективно-шоковые, депрессивные, параноидные, истерические.

8. Психиатрия позднего возраста. Детская психиатрия.

Аутизм. Геронтопсихиатрия. Важнейшие психопатологические синдромы. Детская психиатрия. Аутизм.

Курация больных. Написание амбулаторной истории болезни.

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости)

Информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине позволяют:

- организовать процесс образования путем визуализации изучаемой информации посредством использования презентаций, учебных фильмов;
- контролировать результаты обучения на основе компьютерного тестирования;
- автоматизировать расчеты аналитических показателей, предусмотренные программой научно-исследовательской работы;
- автоматизировать поиск информации посредством использования справочных систем.

10.1. Перечень необходимого программного обеспечения.

Для осуществления учебного процесса используется свободно распространяемое (бесплатное) программное обеспечение:

Перечень лицензированного программного обеспечения МГТУ.

Наименование программного обеспечения, производитель	Реквизиты подтверждающего документа (№ лицензии, дата приобретения, срок действия)
Microsoft Office Word 2015	Операционная система «Windows», договор 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015
Adobe Reader 9	Бесплатно, бессрочный
K-Lite Codec Pack, Codec Guide	Бесплатно, бессрочный
ОС Windows 7, Microsoft Corp.	№ 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный
7-zip.org	GNU LGPL
Офисный пакет WPSOffice	Свободно распространяемое ПО

10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем.

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента». Коллекции: Медицина. Здравоохранение (ВПО), ГЭОТАР-Медиа. Премиум комплект <http://www.studentlibrary.ru/>
2. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM» <http://www.znanium.com>

4. Электронно-библиотечная система IPR BOOKS <http://www.iprbookshop.ru>
5. Консультант Плюс – справочная правовая система <http://consultant.ru>
6. Научная электронная библиотека (НЭБ) <http://www.elibrary.ru>
7. Киберленинка <http://cyberleninka.ru>
8. Национальная электронная библиотека <http://www.нэб.рф>.

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

Наименования специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Специальные помещения		
<p>Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: 3 корпус 1-2 этаж, помещения 3-5, 3-6, ул. Пушкина, 177.</p> <p>Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: Корпус 4, ул. Крестьянская 2; № ауд. 4-124.</p>	<p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p> <p>Переносное мультимедийное оборудование. Мебель для аудиторий. Аудиторная доска.</p>	<p>1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015.</p> <p>2. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>4. ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.. Microsoft Office Word 2015. Номер продукта 14.0.6024.1000 SP1 MSO (14.0.6024.1000) 02260-018-0000106-48095.</p> <p>2. Adobe Reader. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>4. ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.</p>
Помещения для самостоятельной работы		
<p>Учебные аудитории для самостоятельной работы:</p> <p>1. Читальный зал научной библиотеки ФГБОУ ВПО «МГТУ»: корпус 1, 3</p>	<p>Мебель для аудиторий. Библиотечный фонд специальной литературы.</p>	<p>1. Microsoft Office Word 2015. 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015.</p> <p>2. Adobe Reader 9. Бесплатно, бессрочный.</p>

<p>этаж, ул. Первомайская, 191.</p> <p>2. Компьютерный класс, читального зала научной библиотеки ФГБОУ ВПО «МГТУ»: корпус 1, 3 этаж, ул. Первомайская, 191.</p> <p>3. Центр аккредитации и практических навыков медицинского института ФГБОУ ВПО «МГТУ», корпус 6, 2 и 3 этажи, ул. Комсомольская, 222.</p>	<p>Компьютерный класс на 30 посадочных мест, оснащенный компьютерами «msi» с выходом в Интернет.</p> <p>Фантомы, манекены, тренажеры, роботы – симуляторы, системы для отработки навыков оказания медицинской помощи и т.д.</p>	<p>3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>4. ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.. Microsoft Office Word 2015.</p> <p>Номер продукта 14.0.6024.1000 SP1 MSO (14.0.6024.1000) 02260-018-0000106-48095.</p> <p>2. Adobe Reader. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>3. K-Lite Codec Pack, Codec Guide. Бесплатно, бессрочный.</p> <p>4. ОСWindows7, Microsoft Corp. № 00371-838-5849405-85257, 23.01.2012, бессрочный.</p> <p>5. 7-zip.org. GNU LGPL.</p> <p>6. Офисный пакет WPSOffice. Свободно распространяемое ПО.</p>
---	---	--

**12. Дополнения и изменения в рабочей программе
на 2023/2024 учебный год**

В рабочую программу Психиатрия

(наименование дисциплины)

для направления (специальности) Лечебное дело (с элементами английского языка)

(номер направления (специальности))

вносятся следующие дополнения и изменения:

Добавлен пункт 5.8

5.8. Календарный график воспитательной работы по дисциплине

Модуль 3. Учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность

Дата, место проведения	Название мероприятия	Форма проведения мероприятия	Ответственный	Достижения обучающихся
Октябрь 2023г. ФГБОУ ВО «МГТУ»	Круглый стол "Проблема толерантности к лицам с психическими расстройствами".	Групповая	Е.Г. Гурская	Сформированность ОК-1, ОК-8

Дополнения и изменения внес Старший преподаватель Гурская Е.Г.
(должность, Ф.И.О., подпись)




Дополнения и изменения рассмотрены и одобрены на заседании кафедры

Терапевтических дисциплин (наименование кафедры)

«25»05.2021г.

заведующий кафедрой


(подпись)

Куанова И.Д.
(Ф.И.О.)