

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

_____ М.В. Хорева

«9» апреля 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«ПСИХИАТРИЯ»**

Специальность

31.08.22 Психотерапия

Направленность (профиль) программы

Психотерапия

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2024 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Психиатрия» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.22 Психотерапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16.10.2023 № 982, педагогическими работниками кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Гарданова Жанна Робертовна	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой психотерапии ИКПСР РНИМУ
2	Некрасов Михаил Анатольевич	Доктор медицинских наук, профессор	Профессор кафедры психотерапии ИКПСР РНИМУ

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Психиатрия» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы

протокол № 6 от «25» марта 2024 г.

Заведующий кафедры _____ /Ж.Р. Гарданова/

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля).....	4
2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы.....	7
3. Содержание дисциплины (модуля).....	7
4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)	11
5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся	11
6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся	13
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)	14
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)	15
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля)	16
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю).....	17
Приложение 1 к рабочей программе по дисциплине (модулю).....	19

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля)

Приобретение обучающимися систематических теоретических, научных и прикладных знаний об основных клинических проявлениях и нозологических формах психических расстройств, принципах их диагностики и лечения, а также умений и навыков использования полученных знаний в профессиональной деятельности врача-психотерапевта.

Задачи дисциплины (модуля)

1. Приобретение знаний о нормативно-правовом регулировании оказания психиатрической помощи;
2. Углубление знаний в области организации психиатрической помощи и современных технологий ее оказания;
3. Углубление знаний об основных проявлениях психопатологических симптомов и синдромов и нозологических формах психических заболеваний и их дифференциальной диагностики;
4. Формирование профессиональных навыков в выявлении и лечении нарушений психической деятельности с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдения правил врачебной этики и деонтологии;
5. Совершенствование практических навыков в сфере клинического, параклинического и экспериментально-психологического (патопсихологического) обследования лиц, страдающих психическими расстройствами;
6. Приобретение умений и навыков формулирования диагноза в соответствии с действующей МКБ-10, используя методологию и алгоритмы постановки диагноза;
7. Приобретение знаний о методах лечения психических расстройств, в т.ч. с использованием психотропных препаратов в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи и индивидуального подхода к пациенту, а также умений и навыков назначения определенного вида терапии;
8. Приобретение умений и навыков прогнозирования развития осложнений и неотложных состояний при психических заболеваниях.

Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Формирование универсальных и общепрофессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области	Знать	– источники профессиональной информации, в т.ч. наиболее известные базы данных;

медицины и фармации в профессиональном контексте		<ul style="list-style-type: none"> – критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; – этапы работы с различными информационными источниками
	Уметь	– критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по психиатрии и психофармакотерапии; – навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения психических расстройств с позиций доказательной медицины
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– методы и способы оценки современных достижений в области медицины и фармации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	– методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – организационную структуру и нормативно-правовое регулирование в сфере оказания психиатрической помощи; – основные методы и способы выявления расстройств психической деятельности; – клиническую картину основных психопатологических симптомов и синдромов; – классификации, регистры; – последовательность формулирования диагноза в психиатрии; – отечественную классификацию психических расстройств и раздел «F» Международной классификации болезней (МКБ-10); – критерии оценки тяжести психического состояния пациента; – проявления неотложных состояний при психических заболеваниях
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – осуществлять проведение расспроса больного с психическим расстройством, сбор субъективного и объективного анамнезов, а также строить беседу с законными представителями больного; – проводить экспериментально-психологическое (патопсихологическое) изучение основных психических процессов для объективизации расстройств психической деятельности; – проводить оценку соматического и неврологического состояния пациентов с психическими расстройствами; – анализировать информацию, полученную во время обследования больного; – выявлять нарушения психической деятельности, в т.ч. агрессивные и аутоагрессивные формы поведения психически больных; – оценивать показания и объем медицинской помощи
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками проведения клиничко-психопатологического обследования пациентов; – навыками оценки клинического значения результатов параклинического и патопсихологического методов исследования; – навыками дифференциальной диагностики основных расстройств психической деятельности; – навыками постановки синдромального и нозологического (по МКБ-10) диагнозов психических расстройств; – навыками оформления клинической истории болезни в психиатрической практике
ОПК-4.2 Направляет	Знать	– основные методы нейрофизиологических, лабораторных и

пациентов на лабораторные и инструментальные обследования		инструментальных исследований в психиатрии, включая методы нейровизуализации; – возможности и значение параклинических методов исследования для дифференциальной диагностики психических заболеваний; – нормативные показатели лабораторных и инструментальных методов исследования, использующихся в психиатрической практике
	Уметь	– определять показания и назначать лабораторные методы исследования; – определять показания и назначать инструментальные методы исследования; – определять показания и назначать экспериментально-психологические (патопсихологические) методы исследования
	Владеть	– навыками назначения лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования в соответствии со стандартами, рекомендациями и действующими порядками оказания психиатрической помощи; – навыками интерпретации лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– алгоритмы оказания помощи пациентам, страдающим различными нозологическими формами психических расстройств; – основные классы психотропных препаратов; – показания к назначению и дозировки психотропных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами; – механизм действия психотропных препаратов, медицинские показания и противопоказания к их применению
	Уметь	– разрабатывать план лечения пациентов с учетом нозологической принадлежности заболевания и его синдромальной характеристики (симптомы-мишени); – определять показания для применения психотропных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами и подходами индивидуализированной терапии
	Владеть	– навыками назначения определенного вида терапии (купирующей, стабилизирующей, поддерживающей) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты психотропных препаратов, применяемых при оказании психиатрической помощи пациентам; – взаимодействие лекарственных препаратов, используемых в психиатрической практике; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
	Уметь	– анализировать клиническую картину психического заболевания с учетом возможных эффектов проводимой психофармакотерапии; – выявлять признаки возникновения побочных эффектов в результате проводимой терапии; – назначать препараты для коррекции возникающих побочных эффектов; – оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей
	Владеть	– навыками оценки динамики психического состояния

		пациента под влиянием проводимой психофармакотерапии; – навыками распознавания признаков побочных эффектов проводимой терапии; – навыками купирования побочных эффектов психофармакотерапии
--	--	---

2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по полугодиям			
		1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):	52	52	-	-	-
Лекционное занятие (Л)	12	12	-	-	-
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	40	40	-	-	-
Консультации (К)	-	-	-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	56	56	-	-	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З)	<i>Зачет</i>	3	-	-	-
Общий объем	в часах	108	108	-	-
	в зачетных единицах	3	3	-	-

3. Содержание дисциплины (модуля)

Раздел 1. Введение в психиатрию.

Тема 1.1. Организация психиатрической помощи и ее нормативно-правовое регулирование.

История организации психиатрической помощи в России. Место специализированной психиатрической помощи в системе здравоохранения. Задачи и принципы оказания психиатрической помощи. Консультативно-диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях. Психиатрические стационары. Структура психиатрической больницы общего типа. Промежуточные (полустационарные) формы психиатрической помощи. Общежития для больных, утративших жилье и социальные связи. Амбулаторные психиатрические учреждения. Психоневрологический диспансер. Специализация психиатрической службы: психиатрическая помощь детям, подросткам; геронтопсихиатрическая, психотерапевтическая, суицидологическая, сексопатологическая, психосоматическая служба.

Международные правовые документы, регламентирующие оказание психиатрической помощи. Закон РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и основное содержание его статей. Правила недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации.

Тема 1.2. Методы исследования в психиатрии.

Методы обследования психически больных: клинико-психопатологический, инструментально-лабораторный (параклинический), экспериментально-психологический (патопсихологический). Особенности использования клинического метода в психиатрии.

Значение инструментально-лабораторных (нейрофизиологических, нейрорентгенологических и методов прижизненной визуализации структур мозга), генетических и фармакологических (дексаметазоновый тест, терапия *ex yuvantibus*) методов диагностики психических заболеваний. Экспериментально-психологические методы, используемые для оценки психических функций и их диагностическое значение. Психологические тесты (методики), позволяющие оценить индивидуальные особенности личности больных. Значение диагностических (рейтинговых) шкал в объективизации психических расстройств. Особенности общесоматического и неврологического исследования больного в психиатрической клинике. Структура расспроса и наблюдения за поведением больного при написании психического статуса. Оформление клинической истории болезни в психиатрии. Этапный и выписной эпикризы. Катамнез.

Раздел 2. Общая психопатология.

Тема 2.1. Симптомы и синдромы психических расстройств. Регистры психопатологических нарушений.

Понятие симптома и синдрома в психиатрии. Синдромокинез и синдромотаксис. Продуктивные (позитивные) и негативные синдромы в психиатрии. Психотический и непсихотический (невротический) уровни расстройств. Роль психопатологического синдрома в планировании лечебных мероприятий (понятие «симптома-мишени»). Регистры психических расстройств. Концепция Дж. Джексона. Учение Э. Крепелина о регистрах психопатологических расстройств. Классификация психопатологических синдромов. Регистры психических (позитивных и негативных) расстройств по А.В. Снежневскому.

Тема 2.2. Невротические синдромы.

Астенический синдром. Клинические особенности астенического синдрома при различных психических, соматических и неврологических заболеваниях. Невротические синдромы. Синдромы навязчивостей: навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли (обсессии), навязчивые действия (компульсии). Истерический синдром (двигательные, сенсорные, вегетовисцеральные, психические нарушения).

Тема 2.3. Аффективные синдромы.

Клиническая картина депрессивного эпизода. Психопатологический регистр. Соматовегетативный регистр. Биоритмологический регистр. Клиническая картина маниакального эпизода. Психопатологический регистр. Соматопсихотический регистр. Конативный регистр.

Тема 2.4. Параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы.

Паранойяльные синдромы и синдром вербального галлюциноза. Галлюцинаторно-параноидные, парафренические, кататонические и гебефренические синдромы. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.

Тема 2.5. Синдромы помрачения сознания.

Синдромы выключения сознания: оглушение, сопор, кома. Синдромы помрачения сознания: делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания. Форма помрачения сознания, характерная для шизофрении - онейроид.

Тема 2.6. Синдромы расстройств памяти и интеллекта.

Амнестические синдромы. Фиксационная амнезия, прогрессирующая амнезия, парамнезии. Корсаковский синдром. Синдромы слабоумия: врожденное слабоумие (олигофрения), приобретенное слабоумие (тотальная и лакунарная деменции).

Раздел 3. Частная психиатрия.

Тема 3.1. Эндогенные психические заболевания.

Принципы современной классификации психических расстройств. Нозологические и синдромологические классификации. Распределение психических болезней по этиологическому принципу, наличию нарушений структуры мозга, типичной динамике и степени выраженности расстройств. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) и ее раздел «Психические расстройства» (F00 - F99).

Особенности эндогенных психических заболеваний. Основные концепции этиологии и патогенеза шизофрении. Клиника шизофрении. Динамика течения шизофренического процесса. Типичные позитивные и негативные расстройства при шизофрении. Основные клинические формы шизофрении. Типы течения шизофрении. Понятие «дефекта личности» при шизофрении. Терапевтические подходы к лечению шизофрении во внебольничных условиях и в условиях психиатрического стационара (купирующая, стабилизирующая, поддерживающая терапии). Психосоциальная реабилитация лиц, страдающих шизофренией. Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза при шизофрении. Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения): диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Шизоаффективный психоз: шизодоминантная и аффектдоминантная формы. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение шизоаффективного психоза. Острые и хронические бредовые психозы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Аффективные расстройства настроения. Основные концепции этиологии и патогенеза аффективных нарушений. Классификация аффективных расстройств по МКБ-10. Атипичные депрессии. Клиническая картина «маскированной» депрессии. Психометрические шкалы и опросники, используемые для диагностики депрессивных расстройств. Биполярное аффективное расстройство. Клиническая картина БАР I типа. Клиническая картина БАР II типа. Особенности психофармакотерапии биполярного аффективного расстройства. Рекуррентное депрессивное расстройство (монополярная депрессия). Особенности психофармакотерапии рекуррентного депрессивного расстройства. Устойчивые расстройства настроения (аффективные заболевания непсихотического уровня). Клиническая картина, диагностические критерии, особенности течения и терапии циклотимии. Клиническая картина, диагностические критерии, особенности течения и терапии дистимии

Тема 3.2. Экзогенно-органические психические заболевания.

Психоорганический синдром и экзогенного типа реакции К. Бонгеффера. Деменции при органических заболеваниях головного мозга (болезнях Альцгеймера, Пика, хорей

Гентингтона, Паркинсона); сосудистая деменция; деменции при других заболеваниях. Клинические рейтинговые шкалы и опросники, используемые для диагностики симптомов деменции. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при опухолях головного мозга: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Психические расстройства при прогрессивном параличе и сифилисе головного мозга: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Инструментально-лабораторные методы исследования, применяющиеся для диагностики экзогенно-органических заболеваний головного мозга.

Тема 3.3. Психогенные психические заболевания.

Триада клинических признаков К. Яспера для психогенных расстройств. Классификация психогенных заболеваний (отечественная национальная классификация и МКБ-10). Клиническая картина реактивных психозов: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Клиническая картина невротических расстройств (неврозов). Динамическая характеристика неврозов. Неврастения: клиника, диагностика, лечение. Фобические и тревожные расстройства: клиника, диагностика, лечение. Обсессивно-компульсивное расстройство: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Диссоциативное (конверсионное) расстройство: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Соматоформное расстройство: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Тема 3.4. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Классификация расстройств личности (психопатий), принятая в отечественной психиатрии и МКБ-10. Диагностические критерии психопатий (П.Б. Ганнушкин - О.В. Кербиков). Акцентуированные личности (К. Леонгард). Разграничение психопатий по причине их возникновения (О.В. Кербиков): «ядерные» и «краевые» психопатии. Клинические варианты расстройств личности (по МКБ-10). Расстройства привычек и влечений (страсть к азартным играм, влечение к поджогам, воровству, трихотиломания).

Раздел 4. Терапия психических расстройств.

Тема 4.1. Алгоритмы оказания помощи пациентам с психическими расстройствами.

Алгоритмы оказания помощи пациентам, страдающим различными нозологическими формами психических расстройств. Критерии оценки тяжести психического состояния пациента. Проявления неотложных состояний при психических заболеваниях и методы их купирования.

Тема 4.2. Основные классы психотропных препаратов.

Основные классы психотропных препаратов. Фармакокинетика, фармакодинамика и побочные эффекты психотропных препаратов. Механизм действия психотропных препаратов, медицинские показания и противопоказания к их применению. Взаимодействие лекарственных препаратов, используемых в психиатрической практике. Дозировки психотропных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам,

страдающим психическими расстройствами. Оценка динамики состояния пациента под влиянием проводимой психофармакотерапии и принципы контроля её эффективности с позиций доказательной медицины.

4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 3

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Конт акт. раб.	Л	СПЗ	К	СР		
	Полугодие 1	108	52	12	40		56	Зачет	
Раздел 1	Введение в психиатрию	14	6	2	4	-	8	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2
Тема 1.1	Организация психиатрической помощи и ее нормативно-правовое регулирование	7	3	1	2	-	4		
Тема 1.2	Методы исследования в психиатрии	7	3	1	2	-	4		
Раздел 2	Общая психопатология	52	21	6	15	-	31	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1
Тема 2.1	Симптомы и синдромы психических расстройств. Регистры психопатологических нарушений	7	3	1	2	-	4		
Тема 2.2	Невротические синдромы	10	4	1	3	-	6		
Тема 2.3	Аффективные синдромы	10	4	1	3	-	6		
Тема 2.4	Параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы	10	4	1	3	-	6		
Тема 2.5	Синдромы помрачения сознания	8	3	1	2	-	5		
Тема 2.6	Синдромы расстройств памяти и интеллекта	7	3	1	2	-	4		
Раздел 3	Частная психиатрия	36	20	4	16	-	16	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2
Тема 3.1	Эндогенные психические заболевания	10	5	1	4	-	5		
Тема 3.2	Экзогенно-органические психические заболевания	9	5	1	4	-	4		
Тема 3.3	Психогенные психические заболевания	9	5	1	4	-	4		
Тема 3.4	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	8	5	1	4	-	3		
Раздел 4	Терапия психических расстройств	6	5	-	5	-	1	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-5.2
Тема 4.1	Алгоритмы оказания помощи пациентам с психическими расстройствами	3	2	-	2	-	1		
Тема 4.2	Основные классы психотропных препаратов	3	3	-	3	-	-		
	Общий объем	108	52	12	40	-	56	Зачет	

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная

работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 4

Номер раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1	Введение в психиатрию	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация психиатрической помощи в РФ: стационарное и амбулаторное звенья. 2. Основные положения Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 3. Юридический порядок психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. 4. Методы обследования психически больных: клинико-психопатологический (описательный), инструментально-лабораторный (параклинический), экспериментально-психологический. 5. Структура расспроса и наблюдения за поведением пациента при написании психического статуса. 6. Рейтинговые диагностические шкалы, используемые в психиатрической практике.
2	Общая психопатология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понятия симптома и синдрома в психиатрии. 2. Классификация психопатологических синдромов. Регистры психических (позитивных и негативных) расстройств по А.В. Снежневскому. 3. Роль психопатологического синдрома в планировании лечебных мероприятий (понятие «симптома-мишени»). 4. Астенический синдром при психических заболеваниях. 5. Аффективные синдромы: депрессивный и маниакальный. Спектр клинических нарушений, характерных для депрессивных и маниакальных расстройств. 6. Синдромы навязчивостей: навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли (обсессии), навязчивые действия (компульсии). 7. Истерический синдром (двигательные, сенсорные, вегетовисцеральные, психические нарушения). 8. Ипохондрический синдром: клинические особенности и механизмы формирования. 9. Паранойальные синдромы и синдром вербального галлюциноза. 10. Параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы. Синдром Кандинского-Клерамбо. 11. Парафренный синдром. 12. Особенности клинической структуры кататонического синдрома (кататонический ступор и кататоническое возбуждение). 13. Синдромы помрачения сознания (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания). 14. Амнестические синдромы. Прогрессирующая амнезия, парамнезии. Корсаковский синдром. 15. Синдромы слабоумия: врожденное слабоумие (олигофрения), приобретенное слабоумие (тотальная и

3	Частная психиатрия	<p>лакунарная деменция).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы современной классификации психических расстройств. 2. Типичные позитивные и негативные расстройства при шизофрении. 3. Основные клинические формы и типы течения шизофрении. 4. Понятие «дефекта личности» при шизофрении. 5. Шизотипическое расстройство (малопрогрессирующая шизофрения). Диагностика, дифференциальная диагностика. 6. Шизоаффективный психоз. Диагностика, дифференциальная диагностика. 7. Биполярное аффективное расстройство (клиническая картина БАР I и БАР-II типа). 8. Рекуррентное депрессивное расстройство. 9. Устойчивые расстройства настроения (аффективные заболевания непсихотического уровня) – циклотимия и дистимия. 10. Деменции при органических заболеваниях головного мозга. 11. Психические расстройства при органических, инфекционных и соматических заболеваниях. 12. Тревожные, тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. 13. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Клиническая картина реактивных психозов. Диагностика, дифференциальная диагностика. 14. Диссоциативные (конверсионные) расстройства. 15. Классификация расстройств личности (психопатий), принятая в отечественной психиатрии и МКБ-10. 16. Клинические варианты расстройств личности (по МКБ-10) и в отечественной психиатрии.
4	Терапия психических расстройств	<ol style="list-style-type: none"> 1. Современные подходы к лечению больных с психическими расстройствами. 2. Стандартизированные методы диагностики психических расстройств, в т.ч. критерии оценки тяжести психического состояния пациента. 3. Основы клинической психофармакологии. 4. Фармакокинетика, фармакодинамика и побочные эффекты психотропных препаратов. 5. Мишени действия нейроактивных веществ, показания и противопоказания к их применению. 6. Фармакокинетические аспекты рационального использования психотропных препаратов. 7. Оценка соотношения предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий приема психотропных препаратов. 8. Используемые дозировки психотропных препаратов. 9. Оценка эффективности психофармакотерапии с позиций доказательной медицины.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения

текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине (модулю).

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	Лекции по психиатрии [Текст]: [учеб. пособие для мед. вузов] / Хритинин Д. Ф. - Москва: Медицина, 2011. - 159 с.	1
2	Психиатрия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 496 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460535.html
3	Психиатрия [Электронный ресурс]: национальное руководство/ гл. ред.: Т. Б. Дмитриева и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427705.html
4	Психиатрия [Текст]: нац. рук. / Ассоц. мед. о-в по качеству; Александровский Ю. А. и др.; гл. ред. Т. Б. Дмитриева и др., отв. ред. Ю. А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 992 с.: ил. + CD. - (Национальные руководства).	1
5	Психиатрия и наркология [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.	6
6	Современные психотропные средства, используемые в психиатрии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. психиатрии и мед. психологии; [сост.: О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В. Абрамов]. - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190695.pdf&show=dcatalogues/1/4532/190695.pdf&view=true
7	Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство [Текст] / Н. Л. Бундало. - Красноярск: КрасГМУ, 2009. - 349 с.	1
Дополнительная литература		
1	Введение в психиатрическую клинику [Электронный ресурс]: пер. с нем. / Э. Крепелин. – 4-е изд. (эл.). – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 493 с. – (Классика и современность. Психиатрия). – Режим доступа:	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001016700.html
2	Клиническая фармакология и фармакотерапия [Текст] / Ю. Б. Белоусов. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.	10
3	Личностные расстройства [Электронный ресурс] / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Санкт-Петербург: Питер, 2020. – 396 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ https://ibooks.ru/bookshelf/21919/reading
4	Патопсихология шизофрении [Электронный ресурс] /Критская В.П., Мелешко Т.К. - Институт психологии РАН, 2015 .-Режим доступа: http:// iprbookshop.ru	Удаленный доступ https://www.iprbookshop.ru/51936.html
5	Пограничные психические расстройства [Текст]: фундаментальные, клинические и социальные аспекты / под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт, А. С. Аведисовой, Н. В. Гуляевой. - Москва: ФЦОЗ, 2014. - 591 с. - Библиогр. в конце гл. - Текст на рус., англ. яз. - (в пер.).	1
6	Психиатрия и медицинская психология [Текст]: [учеб. для высш. проф. образования] / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 895 с.	1

7	Психиатрия [Текст]: учеб. пособие / С. Г. Обухов; под ред. Ю. А. Александровского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 346 с.	7
8	Шизофрения [Текст]/ В. Л. Минутко. - Москва; [Курск?] : Курск, 2009. - 687 с.	2

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – <https://rsmu.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК);
2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> Консультант студента – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. <http://www.elibrary.ru> – научная электронная библиотека.
4. <https://psychiatr.ru/> – официальный сайт Российского общества психиатров (РОП);
5. <https://www.psychiatry.ru/> – официальный сайт Научного центра психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ);
6. <https://psyandneuro.ru/> – Психиатрия и Нейронауки – научно-образовательный проект, созданный для специалистов как в области фундаментальных нейронаук и медицины (в первую очередь психиатрии и неврологии), так и в области гуманитарных наук.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Учебная аудитория укомплектована столами и стульями. Оснащена мультимедийным оборудованием. Имеются наборы мультимедийных презентаций лекций, клинические ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.
2	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Оснащена компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением

Программное обеспечение

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10 Microsoft Windows 7,10, 11;
- MS Office 2013, 2016, 2019, 2021;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- ADOBE CC;
- Photoshop;
- iSpring;
- Adobe Reader;
- Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- FastStone Image Viewer;
- Ubuntu 20.04;
- Astra Linux;
- Debian.

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

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на четыре раздела:

Раздел 1. Введение в психиатрию.

Раздел 2. Общая психопатология.

Раздел 3. Частная психиатрия.

Раздел 4. Терапия психических расстройств.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования, с учетом компетентностного подхода к обучению.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую основную и дополнительную литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям) – вопросы для обсуждения и др.;
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);
- вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины (модуля), позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении лекционных, практических занятий, а также занятий семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить материалы основной и дополнительной литературы, список которых приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

Инновационные формы учебных занятий: при проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, развитие лидерских качеств на основе инновационных (интерактивных) занятий: групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей) и т.п.

Инновационные образовательные технологии, используемые на лекционных, семинарских (практических) занятиях:

Таблица 7

Вид занятия	Используемые интерактивные образовательные технологии
--------------------	--

Л	Лекции с применением мультимедийных презентаций по разделам «Введение в психиатрию», «Общая психопатология», «Частная психиатрия», «Основные психотропные препараты», «Побочные действия психотропных препаратов». Цель: Освоение навыков диагностики психических расстройств и их лечение психотропными препаратами.
СПЗ	Кейс-задачи на основе видеозаписей бесед с больными. Цель: Развитие у обучающихся клинического мышления.
СПЗ	Клинический разбор интересного случая во врачебной практике. Цель: Развитие у обучающихся клинического мышления
СПЗ	Групповые дискуссии по разделам «Общая психопатология» и «Частная психиатрия» Цель: Развитие у обучающихся клинического мышления.
СПЗ	Решение клинических ситуационных задач по разделам «Общая психопатология» и «Частная психиатрия». Цель: Проанализировать конкретную предложенную ситуацию и выработать алгоритм, приводящий к оптимальному решению диагностической и терапевтической задач.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)
«ПСИХИАТРИЯ»**

Специальность
31.08.22 Психотерапия

Направленность (профиль) программы
Психотерапия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2024 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – источники профессиональной информации, в т.ч. наиболее известные базы данных; – критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; – этапы работы с различными информационными источниками
	Уметь	– критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации
	Владеть	<ul style="list-style-type: none"> – навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по психиатрии и психофармакотерапии; – навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения психических расстройств с позиций доказательной медицины
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– методы и способы оценки современных достижений в области медицины и фармации
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	– методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	<ul style="list-style-type: none"> – организационную структуру и нормативно-правовое регулирование в сфере оказания психиатрической помощи; – основные методы и способы выявления расстройств психической деятельности; – клиническую картину основных психопатологических симптомов и синдромов; – классификации, регистры; – последовательность формулирования диагноза в психиатрии; – отечественную классификацию психических расстройств и раздел «F» Международной классификации болезней (МКБ-10); – критерии оценки тяжести психического состояния пациента; – проявления неотложных состояний при психических заболеваниях
	Уметь	<ul style="list-style-type: none"> – осуществлять проведение расспроса больного с психическим расстройством, сбор субъективного и объективного анамнезов, а также строить беседу с законными представителями больного; – проводить экспериментально-психологическое (патопсихологическое) изучение основных психических процессов для объективизации расстройств психической деятельности; – проводить оценку соматического и неврологического состояния пациентов с психическими расстройствами; – анализировать информацию, полученную во время обследования больного; – выявлять нарушения психической деятельности, в т.ч.

		агрессивные и аутоагрессивные формы поведения психически больных; – оценивать показания и объем медицинской помощи
	Владеть	– навыками проведения клинико-психопатологического обследования пациентов; – навыками оценки клинического значения результатов параклинического и патопсихологического методов исследования; – навыками дифференциальной диагностики основных расстройств психической деятельности; – навыками постановки синдромального и нозологического (по МКБ-10) диагнозов психических расстройств; – навыками оформления клинической истории болезни в психиатрической практике
ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	– основные методы нейрофизиологических, лабораторных и инструментальных исследований в психиатрии, включая методы нейровизуализации; – возможности и значение параклинических методов исследования для дифференциальной диагностики психических заболеваний; – нормативные показатели лабораторных и инструментальных методов исследования, используемых в психиатрической практике
	Уметь	– определять показания и назначать лабораторные методы исследования; – определять показания и назначать инструментальные методы исследования; – определять показания и назначать экспериментально-психологические (патопсихологические) методы исследования
	Владеть	– навыками назначения лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования в соответствии со стандартами, рекомендациями и действующими порядками оказания психиатрической помощи; – навыками интерпретации лабораторных, инструментальных и экспериментально-психологических методов исследования
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– алгоритмы оказания помощи пациентам, страдающим различными нозологическими формами психических расстройств; – основные классы психотропных препаратов; – показания к назначению и дозировки психотропных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами; – механизм действия психотропных препаратов, медицинские показания и противопоказания к их применению
	Уметь	– разрабатывать план лечения пациентов с учетом нозологической принадлежности заболевания и его синдромальной характеристики (симптомы-мишени); – определять показания для применения психотропных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами и подходами индивидуализированной терапии
	Владеть	– навыками назначения определенного вида терапии (купирующей, стабилизирующей, поддерживающей) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– фармакокинетику, фармакодимику и возможные побочные эффекты психотропных препаратов, применяемых при оказании психиатрической помощи пациентам; – взаимодействие лекарственных препаратов, используемых в психиатрической практике;

		– принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
	Уметь	– анализировать клиническую картину психического заболевания с учетом возможных эффектов проводимой психофармакотерапии; – выявлять признаки возникновения побочных эффектов в результате проводимой терапии; – назначать препараты для коррекции возникающих побочных эффектов; – оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей
	Владеть	– навыками оценки динамики психического состояния пациента под влиянием проводимой психофармакотерапии; – навыками распознавания признаков побочных эффектов проводимой терапии; – навыками купирования побочных эффектов психофармакотерапии

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
	Полугодие 1			
Раздел 1	Введение в психиатрию	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Опишите содержание статей 4, 11 и 12 Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 2. Опишите содержание статьи 23 Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 3. Опишите содержание статьи 25 Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 4. Опишите содержание статей 26 и 27 Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 5. Опишите содержание статьи 29 Закона РФ (1992) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 6. Перечислите основные организационные структуры оказания психиатрической помощи в РФ. 7. Перечислите основные этапы диагностического процесса в психиатрии. 8. Приведите схему проведения клинического расспроса больного в психиатрии. 9. Какие инструментально-	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2
Тема 1.1	Организация психиатрической помощи и ее нормативно-правовое регулирование			
Тема 1.2	Методы исследования в психиатрии			

			<p>лабораторные методы используются в психиатрической практике.</p> <p>10. Перечислите основные методы, позволяющие осуществить прижизненную визуализацию структур мозга.</p> <p>11. Оцените дифференциально-диагностическое значение инструментально-лабораторных методов в психиатрической практике.</p> <p>12. В каких случаях назначается проведение патопсихологического исследования.</p> <p>13. Перечислите наиболее известные рейтинговые диагностические шкалы, используемые в психиатрической практике.</p> <p>14. В чем заключается диагностическая ценность использования патопсихологического метода в психиатрии.</p>	
Раздел 2	Общая психопатология	Устный опрос	Вопросы к опросу:	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1
Тема 2.1	Симптомы и синдромы психических расстройств. Регистры психопатологических нарушений		1. Перечислите регистры психопатологических расстройств по А.В. Снежневскому.	
Тема 2.2	Невротические синдромы		2. Какие психопатологические расстройства относятся к продуктивным нарушениям?	
Тема 2.3	Аффективные синдромы		3. Какие психопатологические расстройства относятся к негативным нарушениям?	
Тема 2.4	Параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы		4. Перечислите психопатологические симптомы, входящие в структуру астенического синдрома.	
Тема 2.5	Синдромы помрачения сознания		5. Перечислите основные группы фобических расстройств.	
Тема 2.6	Синдромы расстройств памяти и интеллекта		6. Перечислите основные группы навязчивостей.	
			7. Что такое компульсии? Перечислите основные нарушения.	
			8. В чем заключаются особенности поведения больных с фобиями, навязчивостями и компульсиями?	
			9. Назовите основные компоненты клинической картины истерического синдрома.	
			10. Назовите основные компоненты депрессивной триады Э. Крепелина.	
			11. Перечислите основные компоненты маниакальной триады Э. Крепелина.	
			12. Чем отличается первичный бред от вторичного?	
			13. Приведите основную характеристику систематизированного бреда.	
			14. Приведите клиническую характеристику параноидального синдрома.	
			15. Приведите клиническую характеристику параноидного синдрома.	

			<p>16. Перечислите основные симптомы галлюцинаторно-бредового синдрома Кандинского-Клерамбо.</p> <p>17. Приведите клиническую характеристику парафренного синдрома.</p> <p>18. Клиническая характеристика делириозного помрачения сознания.</p> <p>19. Клиническая характеристика онейроидного помрачения сознания.</p> <p>20. Клиническая характеристика аментивного помрачения сознания.</p> <p>21. Клиническая картина и варианты сумеречного помрачения сознания.</p> <p>22. Перечислите и дайте характеристику различных видов амнезий.</p> <p>23. Перечислите психопатологические симптомы Корсаковского амнестического синдрома.</p> <p>24. Приведите психопатологическую характеристику основных форм врожденного слабоумия (олигофрений).</p> <p>25. Проведите дифференциальный диагноз между лакунарной и тотальной деменциями.</p> <p>26. Клиническая структура психоорганического синдрома.</p>	
Раздел 3	Частная психиатрия	Устный опрос	Вопросы к опросу:	<p>УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2</p>
Тема 3.1	Эндогенные психические заболевания		1. Перечислите основные разделы классификации МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00 - F99).	
Тема 3.2	Экзогенно-органические психические заболевания		2. Перечислите основные кластеры отечественной классификации психических расстройств.	
Тема 3.3	Психогенные психические заболевания		3. Приведите клиническую характеристику параноидной формы шизофрении.	
Тема 3.4	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте		4. Тактика лечения параноидной формой шизофрении.	
			5. Приведите клиническую характеристику кататонической формы шизофрении.	
			6. Терапевтический подход к лечению кататонических расстройств.	
			7. Приведите клиническую характеристику гебефренической формы шизофрении.	
			8. Приведите клиническую характеристику простой формы шизофрении.	
			9. В чем заключается различие между первичными и вторичными негативными расстройствами при шизофрении?	
			10. Терапевтическая тактика и возможности купирования негативных расстройств при шизофрении.	
			11. Объясните связь между типами течения шизофрении и ее клиническими формами.	
			12. Перечислите признаки	

		<p>благоприятного и неблагоприятного прогноза при шизофрении.</p> <p>13. Приведите клиническую характеристику шизотипического расстройства.</p> <p>14. Выделите клинические особенности шизоаффективного психоза.</p> <p>15. Проведите дифференциальный диагноз между БАР-I типа и БАР-II типа.</p> <p>16. Чем отличается терапевтическая тактика при лечении БАР-I типа и БАР-II типа.</p> <p>17. Приведите клиническую характеристику рекуррентной депрессии.</p> <p>18. Тактика лечения больных, страдающих рекуррентной депрессией.</p> <p>19. Сформулируйте алгоритм диагностического поиска при расстройствах памяти и интеллекта.</p> <p>20. Проведите дифференциальный диагноз между деменциями различной этиологии.</p> <p>21. Клиническая картина болезни Альцгеймера.</p> <p>22. Современные терапевтические возможности лечения деменций различной этиологии.</p> <p>23. Приведите клиническую характеристику психических расстройств при черепно-мозговых травмах.</p> <p>24. Приведите клиническую характеристику психических расстройств при соматических и инфекционных заболеваниях.</p> <p>25. Приведите клиническую характеристику психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга.</p> <p>26. Приведите клиническую характеристику нозологической группы «тревожные расстройства» (ПА, ГТР).</p> <p>27. Приведите клиническую характеристику обсессивно-компульсивного расстройства.</p> <p>28. Приведите клиническую характеристику соматоформных и соматизированных расстройств.</p> <p>29. Приведите клиническую характеристику диссоциативного (конверсионного) расстройства.</p> <p>30. Приведите алгоритм лечения (медикаментозного и психотерапевтического) невротических расстройств.</p> <p>31. Клинические варианты расстройств личности по МКБ-10.</p> <p>32. Приведите критерии Ганнушкина-Кербикова для диагностики расстройств личности.</p> <p>33. Приведите алгоритм лечения (медикаментозного и психотерапевтического) расстройств личности.</p>	
--	--	---	--

Раздел 4	Терапия психических расстройств	Устный опрос	<p>Вопросы к опросу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите основные группы психотропных препаратов. 2. Приведите классификацию классических нейролептиков по химическому строению. 3. Приведите классификацию атипичных нейролептиков. 4. Основные механизмы действия нейролептических препаратов. 5. Спектры психотропной активности нейролептиков. 6. Показания к назначению и дозировки нейролептиков. 7. Побочные действия, возникающие во время нейролептической терапии. 8. Алгоритмы назначения нейролептиков при различных расстройствах психической деятельности. 9. Приведите классификацию трициклических антидепрессантов. 10. Приведите классификацию тетрациклических антидепрессантов. 11. Спектры психотропной активности циклических антидепрессантов. 12. Показания к назначению и дозировки циклических антидепрессантов. 13. Побочные действия, возникающие при терапии циклическими антидепрессантами. 14. Приведите классификацию селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. 15. Приведите классификацию селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина. 16. Перечислите основные представители препаратов, относящихся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина. 17. Спектры психотропной активности препаратов, обладающих селективной активностью. 18. Показания к назначению и дозировки антидепрессантов, обладающих селективной активностью 19. Побочные действия, возникающие при терапии препаратами селективного действия. 20. Алгоритмы назначения антидепрессантов в зависимости от тяжести депрессивных расстройств. 21. Приведите классификацию бензодиазепиновых транквилизаторов. 22. Приведите классификацию небензодиазепиновых транквилизаторов. 23. Спектры психотропной активности различных групп транквилизаторов. 24. Показания к назначению и 	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-5.1 ОПК-5.2
Тема 4.1	Алгоритмы оказания помощи пациентам с психическими расстройствами			
Тема 4.2	Основные классы психотропных препаратов			

			<p>дозировки транквилизаторов.</p> <p>25. Побочные действия, возникающие при назначении транквилизаторов.</p> <p>26. Алгоритмы назначения транквилизаторов при различных расстройствах психической деятельности.</p> <p>27. Принципы контроля эффективности терапии психотропными препаратами с позиции доказательной медицины.</p> <p>28. Особенности лекарственного взаимодействия основных групп психотропных препаратов.</p>	
--	--	--	--	--

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации (зачет)

Вопросы к собеседованию

1. Основные положения Закона РФ (1992 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Добровольность и информированное согласие на лечение, как основа оказания психиатрической помощи в РФ.
3. Вынужденные меры недобровольного порядка, которые могут использоваться в психиатрической практике.
4. Критерии недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации, используемые в Законе РФ (1992 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
5. Организация психиатрической помощи в РФ (амбулаторное и стационарное звенья).
6. Особенности диагностического процесса в психиатрии.
7. Методы исследования, используемые в психиатрической практике.
8. Симптом, синдром, нозологический диагноз в психиатрии. Представление о регистрах психопатологических синдромов.
9. Понятие психопатологического синдрома (простые и сложные синдромы); приведите примеры. Продуктивные и негативные синдромы.
10. Расстройства психической деятельности, возникающие на уровне ощущений, восприятий и представлений. Приведите примеры из каждой группы.
11. Психосенсорные расстройства: метаморфозии и аутометаморфозии. Критерии выявления. Приведите примеры.
12. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации: определение, классификации, критерии выявления.
13. Критерии отграничения истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций.
14. Классификация расстройств мышления. Дайте характеристику расстройствам ассоциативного процесса.
15. Бредовые расстройства: определение, классификации, основные клинические формы.
16. Основные бредовые фабулы. Приведите примеры. В чем заключается социальная опасность бредовых больных с различным содержанием бредовых переживаний.
17. Классификация бреда по механизмам возникновения.
18. Основные бредовые синдромы (по В. Маньяну).

19. Основные особенности паранойяльного синдрома.
20. Структура синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо.
Приведите примеры.
21. Симптом психических автоматизмов. Приведите примеры клинических проявлений различных вариантов психических автоматизмов.
22. Определение понятия «память». Функции памяти. Основные клинические формы расстройств памяти.
23. Приведите характеристику количественных расстройств памяти и примеры нарушений каждого типа. При каких психических заболеваниях они встречаются.
24. Амнезии и их виды в психиатрической практике. Приведите примеры.
25. Прогрессирующая амнезия. Закон Т. Рибо. Приведите клинические примеры.
26. Приведите характеристику качественных расстройств памяти и примеры нарушений каждого типа.
27. Основные симптомы Корсаковского амнестического синдрома.
28. Определение понятия «интеллект» и история создания методов тестирования интеллекта. Классификация нарушений интеллекта.
29. Клиническая характеристика и формы синдрома недоразвития интеллекта.
30. Клиническая характеристика и варианты синдромов снижения интеллекта.
Раскройте смысл содержания понятия «ядро личности».
31. Определение понятия «эмоции». Основные аффективные расстройства.
Приведите примеры.
32. Продуктивные и негативные эмоциональные расстройства; их клинические особенности. Приведите примеры.
33. Расстройства воли и влечений: количественные расстройства. Приведите примеры.
34. Расстройства воли и влечений: качественные расстройства. Приведите примеры.
35. Апато-абулический синдром: клиническая характеристика и его значение в психиатрической диагностике. Приведите примеры.
36. Основные клинические проявления кататонического синдрома.
37. Расстройства сознания: критерии К. Ясперса, основные клинические виды синдромов.
38. Основные проявления психических расстройств невротического регистра.
39. Особенности аффективных расстройств психической деятельности.
40. Клинические варианты ипохондрического синдрома.
41. Клиническая структура истерического синдрома.
42. Клиническая структура дисморфоманического синдрома.
43. Клиническая структура психоорганического синдрома.
44. Современные классификации психических расстройств (МКБ-10; DSM-5; отечественная классификация).
45. История формирования учения о шизофрении (краткий обзор концепций, авторы, современное значение их вклада в психиатрическую науку).
46. Первая нозологическая классификация в психиатрии Э. Крепелина и его концепция «раннего слабоумия».
47. Первичные и вторичные признаки шизофрении по Э. Блейлеру.

48. Симптомы первого ранга при шизофрении К. Шнайдера.
49. Наиболее известные концепции и гипотезы происхождения шизофрении.
50. Основные клинические формы шизофрении (приведите краткую характеристику всех форм).
51. Клинические особенности параноидной формы шизофрении.
52. Клинические особенности гебефренической формы шизофрении.
53. Клинические особенности кататонической формы шизофрении.
54. Клинические особенности простой формы шизофрении.
55. Понятие «юношеская злокачественная шизофрения». Критерии диагностики.
56. Типы течения шизофрении.
57. Признаки благоприятного и неблагоприятного прогноза при шизофрении.
58. Особенности клинической картины шизотипического расстройства (вялотекущей шизофрении).
59. История формирования учения об аффективных расстройствах.
60. Основные компоненты (регистры) депрессивного эпизода.
61. Дифференциальный диагноз между эндогенной и реактивной депрессиями.
62. Основные компоненты (регистры) маниакального эпизода.
63. Типология депрессий: типичные (простые), атипичные, «маскированные» депрессии, смешанные состояния.
64. Клиническая характеристика биполярного аффективного расстройства. Основы диагностики.
65. Клинические особенности БАР с быстроциклическим и континуальным течением.
66. Клиническая характеристика рекуррентного аффективного расстройства. Основы диагностики.
67. Клиническая картина и диагностические критерии циклотимии и дистимии.
68. Характеристика психоорганического синдрома (триада Вальтер-Бюэля). Клинические варианты психоорганического синдрома.
69. Дифференциальный диагноз между деменциями различной этиологии (атрофические/сосудистые/смешанные).
70. Определение понятия «психогенное расстройство». Триада клинических признаков К. Ясперса для психогенных заболеваний.
71. Клиническая картина неврастения.
72. Клиническая картина обсессивно-компульсивного расстройства.
73. Клиническая картина диссоциативного расстройства (истерии).
74. Реактивные психозы: типология и клиническая картина.
75. Диагностические критерии психопатий Ганнушкина-Кербикова.
76. Клиническая типология психопатий в МКБ-10 и в отечественной психиатрии.
77. «Ядерные» и «краевые» психопатии по О.В. Кербикову.
78. Перечислите и дайте характеристику основным видам лечебных воздействий в психиатрической практике.
79. Раскройте содержание понятия «симптомы-мишени» в психиатрии. Купирующая терапия и этапы ее проведения.

80. Специфика и особенности патогенетической/симптоматической терапии в психиатрии.
81. Классификация психотропных препаратов, предложенная ВОЗ.
82. Нейрохимические механизмы действия психотропных препаратов.
83. Фармакокинетические и фармакодинамические особенности психотропных препаратов.
84. Классические нейролептики и антипсихотики: классификации, типичные представители, спектры психотропной активности, побочные эффекты.
85. Трициклические и тетрациклические антидепрессанты: типичные представители, спектры психотропной активности, побочные эффекты.
86. Селективные антидепрессанты (СИОЗС, СИОЗН, ИОЗСН): типичные представители, спектры психотропной активности, побочные эффекты.
87. Бензодиазепиновые и небензодиазепиновые транквилизаторы: типичные представители, спектры активности, побочные эффекты.
88. Значение ноотропов в современной медицинской и психиатрической практике.
89. Использование количественных индикаторов для оценки динамики психического состояния пациента.
90. Использование клинических алгоритмов и рекомендаций при планировании лечения психотропными препаратами.

Ситуационные задачи

Задача 1. Больной Н., 38 лет, самостоятельно обратился в ПНД с жалобами на раздражительность, плохой сон, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сердцебиение, потливость, повышенную чувствительность к яркому свету, громким звукам, сниженное настроение.

Вопрос: В какую амбулаторную группу должен быть отнесен данный больной в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»?

Задача 2. Больная С., 42 лет, обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на сниженное настроение, «тоску» в области сердца, трудности в общении с окружающими. Считает себя виновной в том, что два года назад умерла её мать. Высказывает упорные мысли о нежелании жить.

Вопрос: Каковы действия врача-терапевта на основании Закона РФ «О психиатрической помощи ...»?

Задача 3. Больной З., 28 лет, находится на ограничительном режиме в общем отделении психиатрической больницы. В течение последних нескольких часов состояние пациента резко изменилось: стал злобным, агрессивным в отношении других больных и медицинского персонала, постоянно движется по палате, размахивает руками, повторяя одну фразу: «Всех убью!».

Вопрос: Какие действия может предпринять врач-психиатр в отношении данного больного в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи ...»?

Задача 4. Ребенок 11 лет, находится на лечении в детской больнице. На третий день пребывания стал тревожным, беспокойным, перестал ориентироваться в окружающем, появились зрительные галлюцинации.

Вопрос: В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи...» до какого возраста на госпитализацию ребенка в психиатрическую больницу требуется согласие его родителей (законных представителей)?

Задача 5. Больной З., 43 лет, болен психическим заболеванием около 20 лет. Неоднократно лечился в психиатрической больнице. Не работает, от оформления группы инвалидности отказался, считает себя совершенно здоровым человеком. Называет себя «королем страны»: вокруг одни «вассалы, которые должны наказывать виновных». Виды наказания определяет «высокий королевский суд». Родственники больного обратились в ПНД с просьбой госпитализировать больного в психиатрическую больницу, т.к. сам лечиться он не хочет.

Вопрос: По какой статье Закона РФ «О психиатрической помощи...» больной может быть недобровольно госпитализирован в психиатрическую больницу?

Задача 6. Больной Ф., 32 лет, заболел остро. Высказывает идеи отношения и преследования. Считает, что вокруг него сформирован заговор спецслужб, направленный на его физическое уничтожение. Говорит о том, что будет «до конца бороться за свою жизнь». Больным себя не считает. От госпитализации отказывается.

Вопрос: По какой статье Закона РФ «О психиатрической помощи...» больной может быть недобровольно госпитализирован в психиатрическую больницу?

Задача 7. Больная С., 42 лет обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства с жалобами на сниженное настроение, «тоску» в области сердца, трудности в общении с окружающими. Считает себя виновной в том, что два года назад умерла её мать. Высказывает упорные мысли о нежелании жить. Бригадой скорой медицинской психиатрической помощи доставлена в психиатрическую больницу (ПБ).

Вопрос: Каковы действия дежурного врача-психиатра приемного отделения ПБ на основании Закона РФ «О психиатрической помощи...».

Задача 8. Больная М., 42 лет, кондуктор. После ряда психотравмирующих событий, которые произошли в жизни больной (похороны родственников) и сопровождались длительным злоупотреблением спиртными напитками, однажды, около 2-х часов ночи, она «услышала женский голос», который доносился из будильника и произносил слова в ритме, совпадавшем с тиканьем часов: «Надя...вставай...Надя...поднимайся...Надя вставай...Надя...поднимайся». Больная стала «разговаривать» с будильником. На это обратил внимание ее муж, который сказал, что никакого «женского голоса» не слышит. Он же отнес будильник на кухню и поставил его на холодильник, где стоял еще один будильник из которого больная тоже стала «слышать голос», но уже другой женщины. Причем, больная отмечает, что в доме были и другие часы, но они «работали на батарейках» и «не тикали». И вот из этих часов женские голоса не доносились. Около 6 часов утра, когда «запели петухи», голоса пропали, но они вновь возобновились к вечеру и уже начали звать больную «подняться на крышу». Пациентка пыталась вступить с ними в контакт, постоянно спрашивая: «Кто вы?» Но голоса в ответ только «смеялись».

На следующее утро «голоса» не исчезли, и муж больной вызвал специализированную бригаду скорой помощи.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больной?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 9. Больная К., 45 лет, учитель школы. Находится на лечении в пограничном психиатрическом отделении около 3-х недель. Говорит о том, что после незначительных волнений и переживаний чувствует вялость, слабость в руках и ногах, «неустойчивость» при ходьбе – «земля как бы уходит из-под ног», появляется «ощущение комка в горле», который «закрывает доступ для воздуха». В этот момент больная пытается «глубже вдохнуть, но воздух не проходит в легкие», она начинает задыхаться, появляется тревога и страх смерти от удушья. С появлением данных нарушений пациентка стала бояться выходить одна из дома на улицу, не смогла работать. Но в то же время отмечает, что близкие ей люди «не признают ее болезнь, они ее не понимают и не знают». Это всегда вызывает у нее слезы, обиду и еще большее усиление симптоматики. Очень сильно переживает о том, что «не может доказать» родным, что она «серьезно больна», что ей нужно «понимание и забота», чтобы вылечиться.

На работе также изменилось к ней отношение из-за длительных больничных листов. «Они тоже не хотят понять, что я больной человек», - заявляет пациентка. Длительное время лечится с помощью различных антидепрессантов и транквилизаторов. Но отмечает, что они не оказывают хорошего и длительного эффекта и делает вывод – «лечиться мне нечем». Более того, через неделю после начала приема любых новых препаратов они начинают вызывать сходные побочные явления: «появляются приливы жара», «ожжения» и «покалывание иголками в голове». Вслед за этим она прекращает прием лекарства и начинает требовать от врача назначения нового препарата, заявляя – «мне надо лечиться».

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больной?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 10. Больная З., 37 лет, научный работник. Обратилась к врачу с жалобами на периодически возникающие головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости, разбитости, быстрой утомляемости. Выполнение привычной работы стало требовать большого напряжения умственных и физических сил. В результате чего вымотана до невозможности, как «выжатый лимон». Причем, и умственная работа, и физическая утомляют больную в одинаковой степени. «Иногда устаю до дрожи в ногах и тошноты, хочется только лечь, закрыть глаза и ни о чем не думать». Но ночью заснуть не может, постоянно «лезут» в голову мысли – «это не сделала, то не сделала и т.д.» Утром просыпается разбитой и вялой. Сон не приносит отдыха. Отмечает, что стала повышенно чувствительной буквально ко всему: к запахам, к звукам, к разговорам, к телепередачам. Стала какая-то «нюня», плаксивая и слабавольная. Но в то же время говорит о том, что появилась раздражительность и несдержанность, что «ей было совершенно не характерно». На работе ловит себя на мысли, что, читая привычные документы, не понимает, что в них написано, текст стал расплываться перед глазами. Приходится напрягаться, заставлять себя читать «усилием воли». Последние несколько месяцев появились неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, потливость. Стала чувствовать предстоящие изменения погоды, особенно перед дождем. Появился как бы «внутренний барометр», который включается и изменяет ее самочувствие перед сменой погоды. Пробовала абсолютно ничего не делать – в выходные дни только отдыхать. К вечеру в воскресенье состояние несколько улучшалось, но в понедельник все начиналось снова.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больной?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 11. Больной М., 49 лет, инвалид II группы. Считает себя «роботом», который управляется посредством «магнитной пленки, находящейся в его голове». В голове из его мозга «осталась только одна извилина и она существует для того, чтобы общаться с людьми». Эта извилина отвечает за речь больного. Больным управляют инопланетяне. Сигналы от инопланетян он принимает посредством антенны, которой являются его волосы. Инопланетяне «разговаривают» с ним мужскими и женскими «голосами» и передают свои «инструкции» через магнитную пленку, находящуюся в голове больного. «Голоса» инопланетян всегда находятся внутри головы больного, они отличаются от обычных человеческих голосов. Описать эти отличия больной не может, но говорит, что - это «особые голоса». На просьбу врача попытаться «повторить» голоса, больной измененным голосом произнес фразу: «Я – робот. Я наказан за грехи, которые совершил в своей жизни, в основном за выпивки, да какое там выпивки – «я очень сильно пил. За это меня на пять лет инопланетяне сделали роботом». Далее больной говорит, что он ничего не чувствует: «ни любви, ни сострадания, ничего, потому что у

него нет сердца». Сердце и легкие больной «съел» по приказу инопланетян, и они «ушли из его организма через прямую кишку». Поэтому в груди у него нет ничего. Дышит и ест он животом. И этого достаточно – «роботу другие органы не нужны».

Инопланетяне посредством «голосов» управляют и его настроением, и самочувствием, и работой внутренних органов. «Я – робот», повторяет больной, «и все в моем организме зависит от инопланетян». На вопрос врача: «А могут ли инопланетяне читать его мысли?» больной отвечает: «У меня нет своих мыслей, мне все передают на магнитную пленку». Но в то же время с помощью магнитной ленты он может читать мысли окружающих. Но эту свою способность продемонстрировать отказался.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 12. Больной М., 37 лет, инженер-технолог. В кабинет врача больной вошел уверенным шагом, широко распахнул дверь, громким и уверенным голосом произнес: «Здравствуйте!». Далее без вопросов врача назвал свою фамилию, имя, отчество. Во время беседы на лице радостная улыбка. Рассказал о том, что «в отделении находится, чтобы помогать медицинским работникам лечить больных людей». На вопрос врача о том, а не болен ли он сам? - широко улыбнулся и ответил: «Ну, что Вы, доктор, если есть на свете стопроцентно здоровый человек – то он перед Вами». Далее начинает рассказывать о своих планах, которых у него очень много. Все они касаются помощи больным людям. Необходимо правильное питание, свежий воздух, витамины и лечебная гимнастика с водными процедурами. Ну, конечно, и женщины. В женских отделениях «много приятных дам». Вот этот «комплекс» и есть основное лечение для любого мужчины. Речь пациента быстрая, иногда «проглатывает» слова. На одном месте усидеть не может, постоянно меняет положение тела на стуле, иногда даже встает и пересаживается на диван, а чуть позже возвращается на стул. «Я как мотор, заряжаемый солнечной энергией» - говорит больной. Быстро отвлекается на другие темы. Отмечает, что его «мозг привык к размышлениям, а думает он очень о многом». Хотя для восстановления «полнейшей работоспособности» ему требуется всего 3-4 часа сна. Жалеет, что отделение мужское. Женщины «помогают мужчине реализоваться», «совершать достойные и мужественные поступки». Только рядом с женщиной мужчина становится мужчиной. Вот у меня, говорит больной, «было очень много женщин, но меня не интересует возраст, красота, главное в женщине – ее душа, которую он видит в женских глазах». Пребыванием в отделении совершенно не тяготится. Даже считает, что замкнутое пространство приводит к «концентрации умственного и физического потенциала человека».

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.

2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 13. Больной Б., 42 лет, инженер. Больной сидит в однообразной позе, понуро опустив голову, ссутулившись и свесив руки между колен. На лице выражение застывшей печали. Говорит с трудом, испытывает затруднения при подборе слов, объясняет это тем, что «голова совершенно пустая, мысли текут очень медленно». Отмечает, что стал неловок в движениях, малоподвижен, на выполнение любых привычных действий стало уходить значительно больше времени – «любая деятельность осуществляется через напряжение всех сил». «Внешний мир поблек, стал серым, краски тусклыми, звуки глухими, все катится в какую-то тоскливую черную пропасть из которой уже не выбраться». Испытывает тоску, которую чувствует в груди и при этом показывает рукой место в области сердца. Тоска – это «непередаваемое ощущение, физическая боль может пройти, а тоска нет». Внешний мир для больного как бы остановился и жизнь остановилась, - «я все это время не живу, а существую, ощущая свою ненужность никому». «Живу только прошлым, будущее совершенно от меня отрезано». Любые наступающие праздники не вызывают ни радости, ни подъема, а, наоборот, раздражение – ведь это «все не для меня – для меня все закончилось». Когда особенно тоскливо и обостряется чувство ненужности, что чаще всего бывает по утрам, появляются мысли о нежелании жить, которые иногда сопровождаются построением планов «ухода из этого мира». Даже была одна попытка самоповешения, но больной забыл закрыть входную дверь в свою квартиру, а в это время к нему вошла соседка и все увидела. Это и спасло больного от смерти. Винит себя в произошедшем с его семьей (жена больного осуждена и отбывает наказание за кражу). Говорит, что совершил большую ошибку 10 лет назад, когда у жены выявилась тяга к кражам. Тогда и надо было принимать какое-то мужское решение. Так, что в том, что «произошло с моей семьей виноват только я один и за это расплачиваюсь» – констатирует в заключение беседы больной.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 14. Больная С., 30 лет, медсестра. Находится на лечении в инфекционном отделении с жалобами на повышение температуры до 38-39⁰ С, которое длится более 2-х недель, разбитость, слабость. К вечеру на 6 день пребывания в отделении больная стала неадекватной, бестолковой, плохо понимала задаваемые ей вопросы, не могла найти свою постель, перестала узнавать соседей по палате. Ближе к ночи стала разговаривать с мнимым собеседником, которого называла «мама». Был вызван психиатр, который назначил сибазон. После инъекции больная уснула. Утром плохо помнила, что с ней происходило накануне вечером и ночью. Весь день провела в дремотном состоянии с пониженными реакциями на окружающее. К вечеру состояние больной вновь изменилось: разговаривала с невидимым собеседником, разыскивала кого-то под кроватью, называя собачьей кличкой «Тузик». Вновь был вызван психиатр, который выявил у больной нарушения ориентировки в месте, времени, окружающей обстановке при полной сохранности ориентировки в собственной личности и сделал следующие назначения: аминазин, сибазон. Больная вновь уснула. В психотическом состоянии находилась 3 дня. На четвертый день проснулась с полной ориентировкой, но испытывала вялость, слабость, быструю утомляемость, потливость, нарушения памяти, которые в основном касались фиксации новой информации.

Информация больной о своих переживаниях после выхода из болезненного состояния.

Рассказала, что слышала «голос» своей матери, которая «звала» ее и «давала» разные бытовые советы. Голос доносился из различных помещений отделения. Она реагировала на него как на голос реального собеседника и удивлялась, почему другие люди его не слышат. Затем стала «видеть» свою собаку (собаку зовут Тузик), которая «находилась» в комнате и «пряталась» под кроватью. В это время считала, что находится у себя в квартире, в своей комнате. Свои переживания больная хорошо помнит, но говорит, что не понимала, почему в ее доме было так много людей в белых халатах.

Вопросы:

1. Какие психопатологические синдромы можно выделить в данном описании?
2. Какой группе расстройств соответствует картина психоза у больной?
3. Назовите фамилию психиатра, впервые описавшего возможность подобной смены психопатологических синдромов?

Задача 15. Больная А., 43 года, инвалид II группы. Около 10 лет назад на фоне длительного и систематического злоупотребления спиртными напитками, больная стала слышать «голоса» соседей из всех окон своего дома. «Голоса» были неприличного содержания, нецензурно ругались и обвиняли больную в том, что она выпивает и ведет аморальный образ жизни. Такое состояние продолжалось несколько лет, но за помощью больная не обращалась. Постепенно «голоса», ранее доносившиеся из внешнего пространства, трансформировались в женские голоса, исходящие из «подсознания» больной. Она стала слышать их внутри головы. Голоса «рассказали» больной, что она «была отобрана» для эксперимента по «зомбированию» людей. Голоса обыкновенные - человеческие, но «особые» их никто не может слышать, зато они могут подключиться к любому человеку, «вот хотя бы и к вам», - говорит больная врачу. Обычно «говорят» два женских голоса, но иногда к ним присоединяется третий - мужской. «Мужской голос бывает» значительно реже, так как «он приезжает из Москвы в командировку

контролировать ход эксперимента». Задача эксперимента - проверить устойчивость людей к зомбированию. Зомби живут 7 лет. Больная уже участвует в эксперименте 8 лет, значит скоро должна умереть. Голоса ей уже однажды «приказали» покончить жизнь самоубийством, и она попыталась вскрыть себе вены (показывает шрамы на предплечьях). Это «страшные эксперименты», они могут вызвать у человека любое состояние, очень тяжелое, физически непереносимое, что «сам полезешь в петлю». Больной «голоса» меняют настроение, регулируют ночной сон, иногда физиологические отправления; вызывают различные эмоциональные состояния: «страх, печаль, радость»; показывают в голове мультфильмы жесткого эротического содержания.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больной?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 16. Больной П., 22 лет, инвалид II группы.

Длительное время находится в психиатрическом стационаре. В течение многих недель почти совершенно неподвижен. Лежит в постели согнувшись, колени подтянуты к подбородку. Каждое вмешательство со стороны медперсонала, связанное с попыткой изменить позу, положение конечностей больного вызывает резкое противодействие с его стороны. Затем немедленно появляется мышечное напряжение, не позволяющее согнуть, поднять, сдвинуть с места ту или иную конечность больного. Больной не разговаривает, на обращенную к нему речь не реагирует. Лицо амимичное, сальное. Челюсти сильно сжаты, губы вытянуты вперед. Больной не ест, сильно похудел.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 17. Больной С., 27 лет, инвалид II группы. Больной часами лежит в постели с высоко приподнятой над подушкой головой, не имеющей опоры. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна, губы вытянуты вперед, не разговаривает, не реагирует на обращенные к нему команды, произнесенные обычным голосом, но иногда может их выполнить, когда они произносятся шепотом. Больной отказывается от приема пищи, сильно похудел. Пациенту можно придать любую, даже самую неудобную позу, которую

он затем сохраняет в течение длительного времени: повернутая голова, поднятая рука, нога длительное время остаются в том же положении, которое им придали. Пациент не сопротивляется изменениям положения его конечностей, позы и другим производимым с ним действиям.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном.
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 18. Больной Щ., 26 лет, инвалид II группы. Больной часами лежит в постели с высоко приподнятой над подушкой головой, не имеющей опоры. Лицо амимичное, сальное, изо рта вытекает слюна, губы вытянуты вперед, не разговаривает, не реагирует на обращенные к нему команды. Больной отказывается от приема пищи, сильно похудел. При попытках поменять положение рук или ног больного, оказывает сопротивление. Но иногда выполняет действия, противоположные тем, о которых его просят: вместо того, чтобы открыть глаза – он их закрывает и, наоборот, вместо того, чтобы протянуть руку к собеседнику, он ее наоборот крепче прижимает к туловищу. Иногда состояние больного несколько меняется, и он начинает копировать некоторые движения окружающих или повторять произносимые ими слова. Может начать совершать непонятные, стереотипные движения руками и ногами, или на протяжении нескольких часов может ритмически раскачиваться на кровати.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 19. Больной Г., 44 лет, инвалид II группы. Больной говорит о том, что «слышит» внутри головы мужские и женские «голоса» двух категорий: одни – его друзей; другие – врагов. Недавно больной «находился в командировке на Марсе», где он получил имя «Вальтрон» и подвергся «боевой трансформации»: его мозг стал состоять из 2-х половин – одна – «человеческая», а другая «электрическая». Через электрическую половину мозга он воспринимает указания «своих друзей всего мира» и «ведет боевые действия». Больной «выбран» для ведения войны «со злом во всем мире». Это зло пытается с помощью атомных бомб «сбить с оси земной шар» и тем самым разрушить

цивилизацию. Борьба между силами добра и зла идет очень напряженная. Пациент своей электрической частью мозга уже уничтожил «90 атомных бомб». Но этой борьбе многие противятся – это «силы зла», часть из них составляют «сотрудники КГБ». «Центр зла» находится на 3-м этаже больничного корпуса, в котором он сейчас находится. Кроме «голосов» друзей он слышит и «голоса» врагов. Эти голоса носят «особый», «эхообразный характер» и они всегда только угрожающего содержания. Они обещают «сжечь и уничтожить» его. И уже сейчас больной периодически начинает чувствовать, как «горит кожа его тела, нагреваемая до 1000° по Цельсию» и это «воздействие», исходит с третьего этажа. «Голоса» друзей предупреждают больного о том, что «готовиться новая атака, на этот раз с использованием лазерного оружия». Это будет еще более жестокое столкновение. И больной сейчас готовится, набирается в больнице сил для этого сражения.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 20. Больная Т., 24 лет, бухгалтер. Считает, что все ее «проблемы» начались в 7-8 классах школы, когда она обратила внимание на то, что у нее сильно «оттопырено правое ухо». Родители пытались ее разубедить в этом, но – бесполезно. Пациентка настояла на проведении в Москве пластической операции, которую, к сожалению, сделали «неудачно» и поэтому сейчас она вынуждена закрывать уши волосами. Три года назад, после посещения травматолога по поводу незначительного искривления позвоночника, обнаружила у себя на спине «горб», появившийся в результате манипуляций «этого, так называемого, доктора». Была вынуждена крайне тщательно подгонять всю свою одежду для того, чтобы окружающие не замечали ее дефект. Об этом она понимает по их взглядам, поведению, недвусмысленному перешептыванию за ее спиной. Год назад больная обожгла правую ногу и через некоторое время заметила, что у нее «отекали ноги и исчезли лодыжки». Для маскировки этого дефекта стала носить только длинные юбки. Полгода назад обратила внимание на то, что на правой ноге «большой палец» больше в размерах, чем на левой. После этого стала носить только закрытую обувь. Совсем недавно «заметила», что «правая сторона лба» выступает больше, чем левая. Поэтому стала носить прическу с челкой, опускающейся на правую половину лица. И самое последнее в строении своего тела на что больная обратила внимание – это то, что «таз ее сместился и развернулся в правую сторону» из-за чего «правая нога выступает вперед, а левая отстает». В результате больная вынуждена ходить правым боком вперед. Пациентка проводит очень много времени перед зеркалом. Была крайне возмущена, что в женском отделении нет зеркала «в рост человека». Избегает любых фото и видеосъемок, так как «аппараты бездушны и перед ними свои дефекты не спрячешь».

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больной?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 21. Больной Б., 46 лет, инвалид II группы. В 15 лет перенес двухнедельный эпизод «странного» поведения: проговаривал вслух свои мысли, отмечались колебания настроения, иногда застывал в вычурных позах, плохо спал. Родители к врачам за консультацией по этому поводу не обращались. В 18 лет был признан негодным к военной службе с диагнозом: «невроз навязчивых состояний». В 1985 году поступил на стационарное лечение в психиатрическую больницу, где находился в течение 120 дней. Испытывал страхи, утверждал, что «его место в спецбольнице», так как он «помогал нести краденую вещь». Был убежден в собственной виновности, считал, что пришла расплата за его грехи. Был выписан в ноябре 1985 года. Новое поступление в психиатрическую больницу в декабре 1985 года, где провел – 411 дней. Не усидчив, ходит по проходу между кроватями, жестикулирует, размахивает руками, постоянно со злобой в голосе с кем-то разговаривает, цинично бранится. Продуктивному контакту не доступен. Мышление разорванное, высказывания носят нелепый характер. Сообщил, что в его квартире находятся «поддельные» мать и отец, которые очень худые, старые «совсем не похожие на его настоящих родителей». Во время пребывания в психиатрической больнице ему была определена II группа инвалидности.

После выписки из больницы постоянно принимал поддерживающее лечение, наблюдался в ПНД. Новое поступление в ноябре 1996 г.: продуктивному контакту не доступен, ни на один из вопросов не отвечает. В отделении ни с кем не общается, отказывается от приема пищи и свиданий с родственниками, то плачет, то смеется, рвет нательное и постельное белье. Мышление разорванное, высказывания нелепые. Провел в больнице – 878 дней. Следующее поступление в 1999 году: аутичен, мутичен, постоянно находится в наблюдательной палате. Вял, монотонен, ко всему окружающему полностью безразличен, эмоционально выхолощен, больничной обстановкой не тяготится. Иногда говорит, что «казнит всех, он засекреченный генерал КГБ».

Находится в психиатрической больнице по настоящее время.

Вопросы:

1. Определите тип течения шизофрении у данного больного?
2. Ведущий психопатологический синдром в настоящее время?

Задача 22. Больная К., 32 лет, врач. Суетлива, назойлива, не упускает случая, чтобы не обратиться к врачу, заверяя его в своем психическом здоровье, так как считает себя тяжело больной соматическим заболеванием. С другими больными не общительна, сторонится их из-за «их больной психики». Вся во власти своих болезненных ощущений: «Как будто ток пронзает головной мозг, шевелятся волосы на голове и горячие

удушливые волны охватывают все тело». С большой аффективной насыщенностью говорит о своих болезненных ощущениях. Наряду с этим обнаруживает эмоциональную холодность по отношению к близким людям, совершенно перестала интересоваться единственным ребенком, которому раньше уделяла много времени и называла «своей кровиночкой». Не хочет говорить ни о своей работе, ни об окружении, - «я об этом не думаю». Пропали профессиональные интересы, окружающей жизнью совершенно не интересуется. Стала раздражительной, особенно по отношению к своим близким. От умственной работы совершенно отказалась. Малейшее умственное напряжение как-то, чтение художественной литературы, просмотр телепередач усиливает головные боли, пациентка не может сосредоточиться, не понимает, что читает, не может осмыслить содержание телепередач. Обманы восприятия отрицает. Крайне мнительна по отношению к своему здоровью. Ее мучает страх смерти, говорит, что «даже во сне мысль о болезни не покидает ее». Не довольна предстоящей выпиской.

Катамнез через 7 месяцев: сведения о себе дает крайне скудные, с большой осторожностью. К собеседнику относится очень недоверчиво. Не работает, дома ничего не делает, закрывает все форточки, двери. Не объясняет свое поведение. Стала очень щепетильной в приеме пищи, выжидательно смотрит на родных и только после того как они поедят, сама садиться за стол. Продолжает считать себя безнадежно больной.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 23. Больной П., 22 лет, электромонтер. Алкогольные напитки употребляет с 18 лет, но довольно редко. Отправился в служебную командировку в город Н. В дороге провел 36 часов, не спал и почти ничего не ел. На одной из станций выпил 200 г водки, закусил бутербродом. Помнит, что садился в поезд, при посадке был удивлен тем, что «проводники знали, до какой станции ему нужно ехать». Что было дальше не помнит. Очнулся в отделении милиции. Из данных судебного дела известно, что П. в вагоне пытался задушить пассажира, кричал, что он” не позволит за собой шпионить”, обвинял проводников в том, что” они его преследовали”. Пытался на ходу поезда выпрыгнуть в окно, но был удержан другими пассажирами. При подходе поезда к станции больной все же вырвался и выпрыгнул из вагона. Прыгнув, не разбился, и не отстал от поезда, а сумел догнать последний вагон, поднялся на его подножку и пытался избить кондуктора.

В психиатрической больнице при обследовании каких-либо отклонений со стороны психического и физического состояния не обнаружено. О произошедшем с ним событии больной совершенно не помнит.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.

3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 24. Больной З., 37 лет, сантехник. Лицо бледное, с испариной, глаза широко открыты, беспокоен в пределах постели (фиксирован), постоянно совершает сжимающие и разжимающие движения левой рукой, на вопрос врача, что он делает, заявляет, - «выбрасываю мусор, здесь кошки сильно насорили». Подошедшая к нему группа людей в белых халатах не привлекла внимание. Обращает на них взор только после нескольких обращений к нему по имени. На вопрос о том, как его зовут ответил: «Ванька, отчество – Иванович (соответствует истории болезни и паспортным данным); где находится? «на привокзальной площади, около киосков»; что там делает? «лежу на траве». Почему вокруг люди в белых халатах? Недоуменно осматривает окружающих и растерянно отвечает, - «зачем-то приехали...». На просьбу врача «прочитать» это написано на белом потолке палаты, начинает прищуривать глаза, вглядываться в потолок и шевелить губами, что-то шепча, а затем медленно, по слогам, начинает читать: «Дик-та-ту-ра прогресса... Дик-та-ту-ра прог-ресса...». На вопрос о том, а что вокруг происходит, говорит, что” окружен большим количеством кошек, которые сидят и на полу, и на подоконнике, и на кровати и гадят, гадят, гадят”.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 25. Больной Г., 29 лет, инженер. О больном известно следующее: родился младшим ребенком в семье. Рос в деревне, был подвижным, шаловливым мальчиком, отзывчивым, добрым и искренним. Ему, как младшему ребенку, родители многие прощали, старались не наказывать, баловали, ограждали от трудностей. Пациент отличался особой привязанностью к матери, доверял ей все секреты, старался везде быть с нею вместе. Любил, чтобы его жалели, часто капризничал, особенно в домашней обстановке. После окончания школы закончил технический ВУЗ, работал инженером. Женившись, переехал в Москву. В общении с окружающими обнаруживал поверхностность контактов, непосредственность, плохо разбирался в людях, вследствие чего часто попадал в неприятные ситуации. В профессиональной деятельности затруднялся в выборе самостоятельных решений, старался переложить ответственность на окружающих. Первый раз женился на женщине, которая была старше его на 9 лет. От

прежнего замужества у нее был четырнадцатилетний сын, с которым больной быстро нашел общий язык, а, по мнению окружающих, «был с ним на равных, как большой ребенок». Жена предъявляла жесткие требования в материальном обеспечении семьи, с чем больной справиться не смог, и семья распалась. Второй брак кратковременный. Жена была старше больного на 7 лет, имела мальчика 11 лет. Детей от нового брака иметь не хотела, да и сам больной не настаивал. Супруга требовала активности, стеничности в решении бытовых и финансовых вопросов. Во время ссор могла ударить больного, была недовольна интимной жизнью, в конце концов стала открыто общаться со своим любовником. Больной пытался сохранить семью. Во время скандалов унижался, «ползал на коленях», уговаривал и извинялся, но тщетно. После 1,5 лет совместной жизни брак распался. В то же время умерла мать больного. Пациент тяжелее всех родственников пережил эту потерю. После похорон, когда возвращались с кладбища, одна из сестер окликнула больного, он повернулся, хотел ответить, но не смог произнести ни слова. Полная «немота» сохранялась в течение суток. Затем возможность вербального общения восстановилась, но с выраженным заиканием. Лечение транквилизаторами и антидепрессантами у невропатолога привело к некоторому успокоению, но практически не повлияло на заикание.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?

Задача 26. Больной Н., 39 лет, крановщик. После службы в армии по договору направился работать в район Крайнего Севера. Работал крановщиком на строительстве промышленного комбината. Однажды испытал неприятную ситуацию, которую тяжело пережил. В предпраздничный день раньше закончили работу и отключили электроэнергию. К этому времени он не успел спуститься из кабины крана в лифте, находящейся на большой высоте. Внезапно во время спуска кабина остановилась, при этом больной испугался, посчитал, что о нем забыли. Спуститься по аварийной лестнице при сильном ветре и морозе было практически невозможно. Пережил несколько минут панического страха, находясь в кабине лифта. Через несколько минут вновь было включено электричество, и он благополучно спустился вниз. На протяжении нескольких праздничных дней не мог отдохнуть, все время вспоминал о пережитой ситуации. При этом чувствовал ощущение жара в голове, удушье, испытывал «сильные» сердцебиения и давление за грудиной. Бросало в пот, дрожали руки. В последующие рабочие дни не мог заставить себя войти в кабину лифта. Прервал контракт и уволился с работы.

Обратился к психотерапевту с жалобами на невозможность ездить в метро, автобусе, лифте, при этом возникает панический страх смерти, удушье, сердцебиение, и т.д.

Последнее время отмечает ощущение тяжести в голове. В связи с этими жалобами неоднократно обращался к врачам: терапевту и невропатологу.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 27. Больной К., 48 лет, слесарь. Алкоголь употребляет с 20 лет. Последние 12-15 лет пьет систематически, опохмеляется. Перенес в прошлом алкогольный галлюциноз. Поводом для госпитализации послужило то обстоятельство, что в течение последних 2-х недель у больного стала отмечаться забывчивость: забывал, что ему нужно сделать, не находил дорогу домой. Не смог продолжать профессиональную деятельность. В отделении: дезориентирован во времени и окружающих лицах, не может назвать текущий год (1975...1995), не может сказать сколько времени он находится в больнице. Не может найти свою палату. Не отличает врачей от среднего и младшего медицинского персонала. Не может запомнить имени своего лечащего врача. При встрече с врачом в течение дня несколько раз здоровается и заявляет, что «сегодня мы не встречались». Не может сообщить своего адреса, фамилии жены. Но помнит, когда окончил школу, где прошло его детство, на каком предприятии начал работать. Во время обхода врача просит соседа сказать ему какое сегодня число, но тут же его забывает. Иногда начинает говорить о том, что он сегодня только «приехал с охоты», «был в компании своих друзей», «ночевал в охотничьем домике». Больной неопрятен, эйфоричен, слабодушен, часто неадекватно улыбается, склонен к юмору, безынициативен, апатичен, много спит.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 28. Больная Н., 70 лет, пенсионерка. Заболевание больной началось с постепенного одряхления, потери работоспособности, снижения слуха. К этому времени присоединились раздражительность, иногда доходящая до злобности, упрямство, ригидность, придирчивость. Больная без достаточного повода кричала, шумела на родных, бывала драчливой. Стала плохо ориентироваться в окружающей обстановке – говорила, что «находится в деревне Березняки, тут мой дом родной». В отделении: выражены старческие признаки: очень редкие седые волосы, зубов нет, истощена, кожа сухая, дряблая, вся в морщинах. Руки дрожат, походка шаркающая, «семенящая».

Больных и персонал представляет, как своих родственников и знакомых «живущих в деревне Березняки». Охотно вступает в беседу на темы, касающиеся ее навыков работы в сельском хозяйстве. Высказывает идеи материального ущерба, - «все крадут, отнимают, туфли украли, пальто украли, не могу напасть». Обнаруживает резкое снижение памяти особенно на текущие события. Совершенно бездеятельна. Себя не обслуживает. Неопрятна. Шумлива. Криклива, «командует», «наводит порядки», часто жалуется врачу на те или иные неправильные действия больных. По вечерам складывает свои вещи и связывает постельные принадлежности в узел, собираясь уезжать.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 29. Больной С., 34 лет, младший научный сотрудник. Считает, что начало заболевания связано с затянувшейся конфликтной ситуацией на работе. Он работает в должности младшего научного сотрудника и осуществляет «первичные» разработки научных тем для аспирантов своего руководителя. Поэтому постоянно находится в состоянии эмоционального напряжения, так как сдерживает себя от выяснения отношений с заведующим кафедрой. После очередного конфликта на работе у больного возник приступ сердцебиения, который сопровождался тревогой и повышенной потливостью. Сердцебиение продолжалось в течение недели, но после лечения у участкового терапевта состояние нормализовалось. С этого времени стал с повышенным вниманием относиться к своему здоровью. По поводу даже самых незначительных недомоганий обращался к участковому врачу, пунктуально выполнял все его назначения. Начал интересоваться медицинской литературой, особенно книгами по кардиологии. Завел особую тетрадь, куда клеивал листовки-вкладыши к различным лекарственным препаратам. Новое ухудшение состояния здоровья пациента наступило после того, как в автокатастрофе погиб его двоюродный брат, а еще через два месяца скончался от инфаркта дядя. Эти события оказали угнетающее действие на больного. Он полностью зафиксировался на своем самочувствии. Мысли о болезни сердца не покидали его. Стал безразличен к работе, реже бывал в институте, так как именно там хуже себя чувствовал. В домашней обстановке состояние больного улучшалось, особенно когда начинал играть со своим сыном. Но периодически ловил себя на мысли о том, что прислушивается к работе сердца, «автоматически» считает пульс, часто измеряет артериальное давление. Посчитал, что такое состояние требует какого-то «радикального» лечения и по совету участкового врача обратился к психотерапевту.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.

3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 30. Больная Ф., 39 лет, химик-технолог. Буквально с первых минут беседы начинает перечислять многочисленные жалобы на работу «сердца» и «всей сосудистой системы», «желудка, поджелудочной железы и печени». Называет их «самыми важными органами в теле человека». Но их работа в ее организме была «подорвана» длительным контактом с различными химическими реактивами, парами которых она дышала в течение многих лет. За последние годы пациентка прошла большое количество разнообразных обследований, которые помнит, практически по датам, перечисляет всех врачей, у которых она лечилась и консультировалась. Демонстрирует пухлую папку, в которой содержатся систематизированные по годам различные выписки из истории болезни и амбулаторных карт. При этом заявляет, что большинство врачей «недостойны своих дипломов», а некоторых «надо вообще их лишить» за пренебрежительное отношение к больным. И далее начинает пространно и витиевато, с использованием многочисленных цитат, говорить о работе медиков и клятве Гиппократов. Временами «перескакивает» с одной темы беседы на другую, не замечая этого. Обнаруживает склонность к рассуждениям на абстрактные и философские темы, оторванные от реальной жизни. Использует массу терминов, значение, многих из которых не может объяснить. Заявляет, что пришла к единственно «правильному выводу», что «наша медицина не способна ей помочь». Теперь она рассчитывает «только на свои силы». Перечисляет многие работы «натуропатов», которые помогают лучше многих врачей. При попытках врача переключить беседу на другие темы, сделать этого не дает. Перебить себя так же не позволяет, заявляя, - «нет, вы выслушайте меня». Ни семья, ни единственный ребенок, ни работа ее не интересуют. Она может разговаривать только на темы о своем здоровье и лечении. Во время беседы раздражается, повышает голос, в котором появляются «металлические» нотки, особенно при попытках врача изменить тему разговора или высказать осторожные сомнения по поводу наличия у пациентки такого количества болезней. У нее нет ни капли сомнения «в своем тяжелом состоянии, наличии серьезных заболеваний». В отделении придирчива к медперсоналу, санитаркам, которые, по ее мнению, «совершенно не справляются со своей работой». С другими больными в отделении не общается, заявляя, - «у нас разные болезни».

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?

б. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 31. Больной П., 43 лет, инженер. Однажды, после серьезных неприятностей на работе, вечером дома появились боли в области сердца, отдающие в левую руку, одышка. Родственники вызвали «скорую помощь» и пациент с предположительным диагнозом «инфаркт миокарда», был госпитализирован в кардиологическое отделение, где был помещен в реанимационную палату. Со страхом смотрел на «мигающие приборы», к которым «его подключили». Быстро выяснилось, что диагноз, поставленный врачом скорой помощи, ошибочен. На следующее утро пациент был выписан из больницы. Но с этого времени его стала постоянно преследовать мысль, что «такое состояние может повториться» и на этот раз у него «будет инфаркт на самом деле». Врачи также могут «ошибаться, что-то недосмотреть, пропустить». Начал «прислушиваться» к работе своего сердца. Особенно беспокойно чувствовал себя в переполненном транспорте. Как только двери автобуса закрывались, возникало ощущение, что он «находится в каменном мешке» из которого нет выхода. В этот момент появлялся страх смерти. Стал бояться, что упадет, потеряет сознание и никто ему не поможет, так как «о лежащем мужчине всегда думают, что он пьян». Стал выходить из автобуса, когда в нем собиралось много пассажиров. По совету родных начал постоянно носить с собой валидол, что его несколько успокаивало. Однажды обратил внимание на то, что, выйдя из подъезда дома, хотел перейти через улицу на зеленый свет светофора, но не сделал этого, а дождался, когда режим работы светофора вновь переключит его на зеленый цвет. На душе стало как-то спокойнее. С тех пор переходит улицу только на второе включение зеленого сигнала светофора, хотя понимает, что цвет сигнала светофора и режим его переключения никак не может повлиять на работу его сердца. Разработал специальный маршрут движения на работу, который состоял в том, что он ехал, пересекаясь на несколько видов городского транспорта так, чтобы по пути следования автобуса или троллейбуса встречались какие-либо медицинские учреждения: больницы, поликлиники, травмпункты и т.д. Выбранный им маршрут удлинял дорогу на работу почти в 2 раза – до 1,5 часов. Понимал, что такое поведение, скорее самоуспокоение, но менять маршрут не собирался. Рассказал о своих проблемах родственникам, которые посоветовали обратиться к врачу-психиатру.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 32. Больной С., 42 лет, не работает. Находится в палате интенсивной терапии наркологического отделения. На вопрос врача о том, как его зовут, отвечает – «Виктор Иванович С.», где находится – «в наркологическом отделении», текущее число,

месяц и год – называет правильно. Рассказал, что «самостоятельно пришел» в наркологическое отделение, так как он «очень боялся за свою жизнь». Вчера вечером, после продолжительного запоя, в своем доме за стеной (живет в частном доме на 2-х хозяев) «услышал» много «голосов военных», которые приехали, чтобы его «расстрелять». Долго прислушивался к ним и, наконец, понял, что расстреливать его будут за то, что регулярно покупает «самогон, а не водку, подрывая экономику государства». Затем голоса стали доноситься из окон. Он догадался, что «военные занимают позиции, для того, чтобы открыть огонь». Заметался по комнате, ища укрытия. Спрятался под кроватью, накрылся с головой одеялом и подушкой. Голоса исчезли, но страх остался. Стоило приподнять подушку, как услышал, что его будут «расстреливать из танков». Услышал «переговоры», которые вели военные по рации, говоря, что «трех танков будет достаточно». Через небольшой промежуток времени больной «услышал рев танковых двигателей». «Понял», что его сейчас «действительно убьют» и бросился из дома. Бежал по улице, вокруг были машины, трамваи, люди. Когда двигался по мосту над рекой, голоса стали говорить, что «сейчас его утопят». Был остановлен сотрудниками милиции и доставлен в наркологическую больницу.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 33. Больной В., 42 лет, инженер, в момент осмотра спокоен, никаких жалоб не предъявляет. Сообщает, что с 25 лет периодически с промежутком в 1-2 года возникали приступы либо беспричинной тоски, либо неудержимого веселья и радости. Несколько раз по этому поводу проходил лечение в психиатрических больницах. Продолжительность приступов 2-3 месяца. Других психических расстройств не отмечалось. Вне приступов чувствует себя здоровым, успешно продолжает выполнять свои профессиональные обязанности.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 34. Больная Т., 38 лет, находится в психиатрической больнице. Во время обхода отделения на вопросы врача: «Как вы себя чувствуете?» ответила: «Смотря что вы подразумеваете под словом «чувствуете». «Чувствуете» - это совокупность ощущений, исходящих из моих внутренних органов. Это вопрос крайне сложный, требующий длительного обсуждения, желательного, консилиумом специалистов. Он даже философский, так как мое самочувствие очень изменчиво, вариабельно, подвижно, что связано с огромным числом внешних и внутренних факторов».

Вопрос: Определите расстройство мышления у больной?

Задача 35. Больной Н., 23 лет, во время обхода заявил следующее: «Отделение нормальное, примите поздравления с новым урожаем. Обувной магазин знает, что делать. Вверх ногами коробка побежала. Лает, лает, птица перелетная».

Вопрос: Определите расстройство мышления у больной?

Задача 36. Больной Н., 50 лет, в течение 2-х месяцев жалуется на пониженное настроение с суточными колебаниями в тяжести симптомов (утром – хуже, вечером – лучше), ранние утренние пробуждения, снижение аппетита и веса тела. Пациент сообщает, что три месяца назад потерял работу и с тех пор избегает выходить из дома. Утратил интерес к тому, что раньше было для него приятным и вызывало чувство радости. Временами появляются мысли о самоубийстве, хотя конкретных планов нет. Стал чаще употреблять спиртные напитки, чтобы облегчить свое состояние, но с настороженностью относится к приему лекарств, так как опасается побочных эффектов.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. В рамках какого психического расстройства может возникнуть данный психопатологический синдром?
4. С какими другими психическими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие для этого могут понадобиться дополнительные сведения о больном?
6. Определите терапевтическую тактику (лекарственные препараты, алгоритм назначения, дозы).

Задача 37. Определите лекарственный препарат, обладающий следующими свойствами:

- относится к группе атипичных антипсихотических средств;
- купирует негативную и продуктивную симптоматику психозов;
- применяется при психозах, резистентных к типичным антипсихотическим средствам;
- не вызывает экстрапирамидных нарушений и гиперпролактемии;
- вызывает сонливость, ортостатическую гипотензию, тахикардию, мириаза, увеличение внутриглазного давления;
- вызывает агранулоцитоз.

Задача 38. Определите лекарственный препарат, обладающий следующими свойствами:

- применяется у больных с депрессивными состояниями;
- селективно угнетает обратный нейрональный захват серотонина;
- не обладает седативным и гипотензивным действием;
- на ранних этапах лечения может вызывать желудочно-кишечные расстройства (тошнота, диарея, изжога);
- вызывает бессонницу, тремор, судороги;
- снижает аппетит; эффективен у пациентов, страдающих булимией.

Задача 39. Определите лекарственный препарат, обладающий следующими свойствами:

- применяется для лечения депрессий, особенно тревожных (ажитированных);
- относится к трициклическим антидепрессантам;
- угнетает обратный нейрональный захват моноаминов;
- увеличивает в головном мозге концентрацию норадреналина и серотонина;
- вызывает ортостатическую гипотензию, холинолитический синдром (тахикардия, расширение зрачков, сухость слизистых оболочек, задержка мочи, повышение температуры тела), кардиотоксические эффекты;
- вызывает увеличение массы тела и сексуальную дисфункцию.

Задача 40. Определите лекарственный препарат, обладающий следующими свойствами:

- применяется для лечения депрессий;
- ингибирует моноаминоксидазу;
- вызывает выраженную активацию;
- вызывает боли в мышцах, парестезии, холинолитические реакции;
- не совместим со многими пищевыми продуктами, содержащими тирамин;
- при сочетании с ТЦА, некоторыми нейрорептиками может возникать гиперadrenergический криз;
- имеет сложную схему назначения и отмены.

1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового

материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

–введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

–содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

–заключение (краткая формулировка основных выводов);

–список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения;
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки - зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовки.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

–Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.

–Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

–Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

–Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

–ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

–для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

–ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

–ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

–проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

– решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

– решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

– предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.