

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ИНГУШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра «Факультетская терапия»**

**Методические указания для самостоятельной подготовки  
ординаторов по дисциплине  
«Психиатрия»**

Специальность -  
**31.08.20«Психиатрия»**

**г. МАГАС, 2023 г.**

Составитель:

1. Ст.преподаватель
2. Профессор,к.м.н

М-Б.М Камурзоев  
Х.М. Ахриева

Утверждена на заседании кафедры «Факультетская терапия»

от 07.06.2023г. (протокол № 8).

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (инициалы и фамилия)

Ахриева Х.М

## **ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧА ОРДИНАТОРА (ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ)**

К моменту прохождения ординатуры по психиатрии, ординатор должен знать основные требования к поведению в больнице. Эти же требования остаются в силе и в психиатрической больнице. Однако, кроме того имеются требования и правила, которые специфичны для психиатрического стационара. Это связано с тем, что пациенты психиатрической больницы в силу нарушения сознания, галлюцинаций, бредовых идей, двигательного возбуждения, эмоциональных расстройств и т.д. требуют особого подхода со стороны кураторов

1. Недопустимо как панибратство, обращение на «ты», так и пренебрежительное или снисходительное отношение. Не следует пользоваться широко распространенным в клиниках стандартным термином «больной».

2. Беседуйте с больным спокойно, доброжелательным тоном, не вступая в споры, не возмущайтесь. Никогда не смейтесь над пациентом, даже если его высказывания крайне нелепы. При многоречивости мягко, но настойчиво отклоняйте беседу в нужном направлении. С первой же беседы постарайтесь расположить к себе больного.

3. В присутствии больных не следует пререкаться друг с другом, говорить на посторонние темы. Куратор не должен вступать с больными в обсуждение их болезни, а тем более сообщать диагноз, результаты лабораторных исследований, методы проводимой терапии. Нельзя давать невыполнимых обещаний (например о выписке, изменении режима). При настойчивом возвращении курируемого к данным вопросам, необходимо дать ему совет поговорить на эту тему с врачом. Не следует обманывать пациентов. Душевнобольные никогда не прощают обмана, продуктивный контакт будет утрачен.

4. Курируя в беспокойных отделениях, необходимо соблюдать ряд правил: беседуя, лучше садиться справа от больного, не следует стоять около ног лежащего пациента. Если тема разговора раздражает курируемого, усиливает его напряженность, нужно изменить содержание беседы или даже прекратить её.

5. Необходимо подчиняться режиму психиатрического учреждения: без разрешения дежурной сестры не допускать свободного выхода больных из отделения: больным нельзя передавать или брать от них для отсылки и передачи письма и вещи. В передачах посетителей могут содержаться сильно действующие лекарства, наркотики, колющие и режущие предметы (вилка, нож), которые могут быть использованы и по бредовым мотивам как с целью нападения на других больных, так и на персонал. В письмах, заявлениях больных нередко содержатся высказывания и угрозы в адрес административных учреждений. Имеющиеся там данные могут оказаться ценными для выявления у больного агрессивных тенденций, галлюцинаций, бреда.

6. В период курации нельзя сообщать сведения из истории болезни пациенту без разрешения, лечащего врача или заведующего отделением.

7. Учитывая еще бытующее у населения предвзятое отношение к одному лишь факту пребывания в психиатрической клинике, соблюдая общие принципы врачебной тайны, ни в коем случае нельзя разглашать знакомым и другим лицам сведения, полученные в беседе с больными, сам факт его госпитализации, содержание высказываний, обстоятельств помещения в больницу, диагноз, прогноз и другие сведения, касающиеся психического состояния пациентов.

8. На территории лечебного учреждения и в помещениях кафедры соблюдать требования пожарной безопасности и электробезопасности.

# 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p>	<p><b>Знать:</b> Знает проявления психических расстройств основных психопатологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10); Знает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 (№ 323-ФЗ)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные понятия, используемые в МКБ-10 и Федеральном законе (№ 323-ФЗ): медицинская помощь, профилактика, диагностика, лечение, состояние, заболевание, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания или состояния, психическое расстройство.</p> <p><b>Владеть:</b> При моделировании поведения врача решает профессиональные врачебные задачи на основе законов Российской Федерации, международных и национальных стандартов; правильно применять терминологию, международные системы единиц и действующие международные классификации</p>
<p>готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);</p>	<p><b>Знать:</b> как, кем и в каких объемах осуществляются мероприятия по профилактике</p> <p><b>Уметь:</b> планировать и проводить профилактические мероприятия</p> <p><b>Владеть:</b> навыками составления и анализа результатов профилактических мероприятий</p>

<p>готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p>	<p><b>Знать:</b> принципы и особенности построения дизайна противоэпидемических мероприятий в области психиатрии  <b>Уметь:</b> составлять план такого рода противоэпидемических мероприятий  <b>Владеть:</b> навыками планирования и реализации противоэпидемических мероприятий в области психиатрии, а также участвовать в междисциплинарных работах;</p>
<p>готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p>	<p><b>Знать:</b> как строятся клинические занятия и лекции со студентами  <b>Уметь:</b> подготовить план практического занятия, клинического разбора, лекции  <b>Владеть:</b> навыками преподавания</p>
<p>готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p>	<p><b>Знать:</b> Знает проявления психических расстройств основных психопатологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10); Знает Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 (№ 323-ФЗ)  <b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные понятия, используемые в МКБ-10 и Федеральном законе (№ 323-ФЗ): медицинская помощь, профилактика, диагностика, лечение, состояние, заболевание, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания или состояния, психическое расстройство.  <b>Владеть:</b> При моделировании поведения врача решает профессиональные врачебные задачи на основе законов Российской Федерации, международных и национальных стандартов; правильно применять терминологию,</p>

	международные системы единиц и действующие международные классификации
готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ (ПК-6);	<p><b>Знать:</b> Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами</p> <p><b>Владеть:</b> Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента</p>
готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);	<p><b>Знать:</b> Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами</p> <p><b>Владеть:</b> Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента</p>
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);	<p><b>Знать:</b> Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами</p> <p><b>Владеть:</b> Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента</p>
готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и	<p><b>Знать:</b> Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический,</p>

укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);	саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами <b>Владеть:</b> Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента
готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);	<b>Знать:</b> применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях <b>Уметь:</b> использовать знания в практической деятельности <b>Владеть:</b> навыками по основным принципам организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);	<b>Знать:</b> применению методов оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей <b>Уметь:</b> использовать методы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей <b>Владеть:</b> навыками по оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).	<b>Знать:</b> применению методов оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей при ЧС <b>Уметь:</b> использовать методы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей при ЧС <b>Владеть:</b> навыками по оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей при ЧС
способностью и готовностью к реализации этических и деонтологических аспектов врачебной деятельности в общении с коллегами, другим медицинским	<b>Знать:</b> Знает технологию сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия психического расстройства. <b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные понятия,



<p>персоналом, пациентами и их родственниками (ОПК-7);</p>	<p>используемые при диагностиком процессе в психиатрии</p> <p><b>Владеть:</b> При моделировании поведения врача решает профессиональные врачебные задачи на основе законов Российской Федерации, международных и национальных стандартов; правильно применять терминологию, международные системы единиц и действующие международные классификации</p>
<p>способностью и готовностью к оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, а также в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения (ПК-14);</p>	<p><b>Знать:</b> Знает основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический)</p> <p><b>Уметь:</b> Понимает и объясняет основные принципы терапии и профилактики психических расстройств (этиотропный, патогенетический, саногенетический, симптоматический); формулирует проблемы собственными словами</p> <p><b>Владеть:</b> Использует различные принципы терапии в зависимости от вида психического расстройства и индивидуальных характеристик пациента</p>

## **СХЕМА АМБУЛАТОРНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.**

- 1) Фамилия, имя, отчество.
- 2) Возраст.
- 3) Основные анамнестические данные, если их можно получить у больного (СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ).
- 4) Основные данные из неврологического и соматического статуса (указать только отклонения).
- 5) Краткий психический статус.
- 6) Синдромальный диагноз.
- 7) Предположительный диагноз болезни.

### **3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.**

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследованиях.

Б. Психический статус

Задача: составление краткого психического статуса с определением симптомов, синдрома (синдромов).

Средства и инструкции для выполнения задачи

#### **1. План психического статуса**

Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться. Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, выразительность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отделении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисциплинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настроения, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает больной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время суток. Отношение больного к галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредовые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденности, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, память, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обследование и описание их. Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления" (занятие 3).

#### **2. Заключение к психическому статусу:**

- а) перечень симптомов
- б) обозначение синдромов (синдрома)

в) предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).

3. Разборчивая подпись студента и номер группы.

## **КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА**

(методика клинического разбора).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описания больного в истории болезни, но для того, чтобы диагноз был правильным, нужно также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содействовать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном случае.

### **ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ**

Прежде всего нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует помнить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания признаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

### **СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленным единым патогенезом и закономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соответствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр.38 "Номенклатура синдромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивировать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от типовой картины.

### **ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Синдромальная картина состояния - только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий - течение заболевания. Поэтому необходимо дать терминологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, но и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика

течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладающим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессирующее (прогредиентное), ремиттирующее, приступообразное, регрессиентное течение.

## ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его состоянии до болезни, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и формирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности больного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, об особенностях характера и соматической сферы.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмотрены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Должны быть приняты во внимание не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

## ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

### Тема 2. Пограничные расстройства

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, контроль написания полной клинической истории болезни истории болезни.

### План клинической истории болезни

#### I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

#### II. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ

##### A. Семейный анамнез

Психические отклонения и заболевания родственников. Алкоголизм, сифилис, припадки, странности характера, самоубийство. Физические заболевания: туберкулез, сосудистые поражения, эндокринные и обменные нарушения.

##### Б. Анамнез жизни

*Раннее детство.* Возраст родителей в момент рождения больного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Когда начал ходить, говорить. Детские заболевания, протекание их и последствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нервность, припадки.

*Школьный период.* Начало обучения, успеваемость, усидчивость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе, их причина.

*Половое созревание.* Время наступления его, нервно-психические отклонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин — время наступления менструаций, их регулярность. Беременность и аборты, роды

*Основные особенности личности до болезни.* Активность, уравновешенность, сдержанность, терпеливость. Преобладающие эмоции. Склонность к аффектам и нервным срывам. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

*Семейная жизнь.* Когда вступил в брак, отношения в семье.

*Профессиональный анамнез.* Начало трудовой деятельности. Дальнейшее продвижение. Перемена профессии и ее причина. Конфликты по работе. Удовлетворенность работой, профессиональные вредности.

*Служба в армии,* участие в войне. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

*Внешние вредности* и их влияние на нервную систему. Бытовые условия. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени и с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и опохмеление. Курение. Употребление наркотиков. Травмы черепа, была ли потеря сознания и последующие нервно-психические нарушения после травмы. Психические травмы.

#### **В. Анамнез заболевания**

Болезненные эпизоды в прошлом. Патологические влияния в периоде, непосредственно предшествующим заболеванию: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей: замкнутость, изменение настроения. Странные поступки и высказывания, бред. Течение заболевания до момента помещения в больницу.

### **III. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

#### **А. Краткие соматические и неврологические данные**

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах, лабораторных исследованиях.

#### **Б. Психический статус**

Ясность сознания, ориентировка во времени, месте, собственной личности.

Доступность — вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться. Быстрота психических реакций.

Мимика и моторика: живость, изменчивость, разнообразие, адекватность мимики; выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Речь: темп, последовательность, связность, логичность, конкретность, переключаемость.

Поведение в отделении: степень активности, общительность, осведомленность об обстановке в отделении, аккуратность в одежде и еде, занятия, преобладающее настроение, эмоциональные реакции, жалобы. Отношение к обследованию, к собеседнику.

Внимание. Запоминание, память на прошлое. Запас сведений и понятий. Суждения, способность к обобщению и различию, к выявлению существенного и второстепенного. Критика к болезни, к своему поведению. При нарушении течения мыслей желательно привести образцы речи больного.

Обманы восприятия, их подробная характеристика, когда возникают, в чем проявляется, связь с другими психическими нарушениями. Как относится к ним больной.

Бред, его подробная характеристика, связь с другими расстройствами психики, влияние на поведение.

В случаях органических заболеваний (в частности, церебрального атеросклероза, травмы и др.), а также олигофрении и эпилепсии возникает необходимость более тщательного исследования внимания, памяти, сообразительности, критики. В таких случаях целесообразно воспользоваться

излагаемой ниже схемой дополнительного (более подробного) исследования этих психических функций.

### ***Приемы исследования внимания, памяти и мышления***

#### **ВНИМАНИЕ**

Наблюдение в беседе должно выявить, рассеян ли больной, слушает ли, что ему говорят, отвлекается ли.

1. Повторение больным краткого рассказа или басни.
2. Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13.
3. Перечисление дней недели в прямом и обратном порядке.

#### **ПАМЯТЬ**

1. Запоминание текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел. Знает ли больной свое место в палате, срок своего пребывания в больнице, время поступления, знает ли кто его врач, его имя.

2. Выполнение задания на запоминание несколько цифр, слов: нужно спросить несколько раз через 1 мин, через 10 мин.

3. Умение больным передать содержание короткого рассказа или басни.

4. Память на прошедшие события, на общественные и исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных наводящих вопросов: «Что вчера здесь произошло?», «Где были вчера?», «Кого встречали?», «Куда ходили, ездили?».

#### **МЫСЛИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ**

При исследовании мыслительных способностей, суждений, сообразительности, критики, кроме проб, используются данные, которые выясняются путем наблюдений за поведением больных в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувства такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определении степени слабоумия принимается во внимание культурный уровень больного, его образование, запас знаний.

Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание больным возможных причин этих поступков.

Способность к более сложным и к абстрактному мышлению исследуются путем проб на:

- разграничение понятий, например: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка;

- понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применить их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла, короткого рассказа;

- умение решить задачу из области привычных навыков, например: приготовить пищу, покрасить пол, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.п.;

- при исследовании критики выясняют:

1. Отношение пациента к его болезни в целом: считает ли себя больным, в чем видит болезнь, как переживает факт заболевания.

2. Отношение пациента к отдельным болезненным изменениям: устанавливают, как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи. Отношение больного к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способность уловить ошибки в суждении других больных или нелепость суждения, нарочито высказанную собеседником.

3. Критика больного к своему поведению: отметить такие проявления, как развязность, бестактность, непонимание больным ситуации, в частности, отношения к нему окружающих, определить его оценку неправильных поступков других больных, отметить реакции больного на собственные неправильные поступки и суждения при указании на них.

### ***Краткие методические указания к обоснованию диагноза (методика клинического разбора)***

Для того чтобы диагноз был правильным, нужны последовательные и логически верные умозаключения. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможностей субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содействовать систематическому мышлению в каждом конкретном случае.

## **1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ**

Прежде всего, нужно дать себе отчет в том, какие конкретные симптомы — неврологические, соматические и психопатологические — могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни, и перечислить все эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов может обеспечить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам.

## **2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, объединенных единым патогенезом и связанных определенной закономерностью возникновения) — основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соответствовать в психиатрии принятой номенклатуре (см. «Номенклатура синдромов»). Квалификация синдрома бывает затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, которые могут быть отнесены к разным синдромам. В таких случаях нужно назвать мотивировку синдромов, диагностированных у больных.

## **3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Оценка картины состояния, синдромальный диагноз, только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий — течение заболевания. Поэтому, необходимо дать терминологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием и оценка течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической

формы, но для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важно определение типа начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром является преобладающим, ведущим на том или ином этапе болезни. Важно также уловить моменты смены — перехода простых, «малых» синдромов в сложные, «большие». Например, в случае параноидной шизофрении с типичным течением нужно выделить характерные этапы: паранояльный, параноидный, парафренный.

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессирующее (прогредиентное), ремиттирующее, периодическое (фазное), пароксизмальное, регредиентное течение.

#### **4. ОЦЕНКА «ПОЧВЫ» И ЭТИОЛОГИИ**

В понятие «почва» вкладывается понятие конституции больного, всех тех моментов из его прошлого, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и формирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности больного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, о его характерологических особенностях и конституционных свойствах.

В качестве предполагаемых причин психоза, прежде всего, должны быть рассмотрены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания, в анамнезе. Должны быть учтены не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация).

#### **5. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)**

Полнота описания и систематизации болезненных проявлений помогают квалифицировать состояние больного, избежать субъективности и при условии знания частной патологии остановиться на конкретном предположительном диагнозе.

Далеко не всегда врач встречается с теми отчетливыми и типичными сочетаниями синдромов и других клинических признаков, которые описаны в книгах. Неопытный и невнимательный диагност, «настроившись» на какое-нибудь заболевание, «подгоняет» данный случай к типичной картине заболевания, находит у больного симптомы, известные из книг, но отсутствующие в данном случае, и не замечает симптомов, противоречащее его диагностическому предположению.

Только вначале, при построении предположительного диагноза можно руководствоваться теми симптомами и анамнестическими данными, которые соответствуют той или иной болезненной форме, оставляя в стороне нехарактерные для нее признаки. В процессе дальнейшей проверки и обсуждения этого первоначального диагноза эти нехарактерные признаки должны быть взвешены (см. раздел «дифференциальный диагноз»).

*Пример: Больному 28 лет. С детства — повышенно чувствителен, замкнут. В течение последних двух лет повышенная утомляемость, «рассеянность». Периодически возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что его жизни «все идет самотеком». В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. После разрыва с женой стало казаться, что за ним следят, что посторонние люди ходят за ним по улицам, говорят о нем между собой. Больной насторожен, в отделении держится уединенно, временами отказывается от еды,*



*к чему-то прислушивается. Вял, мимика небогатая, интереса к беседе с врачом не обнаруживает.*

Большинство фактов из представленной совокупности указывает на возможность параноидной формы шизофрении. Этот предполагаемый диагноз мотивируется молодым возрастом, наличием бредовых идей преследования, не отражающих явным образом реальной ситуации конфликта; замкнутостью больного, небогатой эмоциональностью. Такие факты, как возникновение психоза после конфликта, характерологические отклонения, предшествующие болезни, дающие основание для другого предположения (реактивного параноида) будут рассмотрены позже, при дифференциальном диагнозе.

## **6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*Первый* — наиболее принятый путь установления дифференциального диагноза — сличение (аналогия) с заболеваниями, имеющими сходную картину. Выделить синдромы, сравниваем наблюдаемую картину с заболеваниями, при которых бывают такие же синдромы. Так, при слуховых галлюцинациях мы можем иметь в виду дифференцировку с теми формами, для которых характерен вербальный галлюциноз — с алкогольным, люетическим психозами, с психозами при общих инфекциях, шизофренией. *Второй путь* дифференциального диагноза более сложен, но он в большей мере учитывает конкретные, индивидуальные особенности данного случая болезни. Этим вторым способом предположительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые нехарактерны для предполагаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диагноза параноидной шизофрении в последнем примере. Нетипичными для параноидной шизофрении признаками в этом примере оказывается возникновение бреда после конфликта, наличие сензитивных черт характера у больного, отсутствие грубых нарушений в течении мыслей. Эти явления дают повод предполагать у больного реактивный параноид.

Проводя дифференцию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что отсутствие связи в содержании бреда с травмирующим переживанием (разрыв с женой), бедные эмоциональные проявления не совместимы с этим диагнозом. Контроль таким образом подтверждает нам предполагаемый диагноз шизофрении.

## **7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Предполагаемый диагноз ограничивается указанием только на нозологическую форму и является самым кратким, самым общим, абстрактным диагнозом. Окончательный диагноз — развернутый, конкретный; он является результатом всего анализа заболевания и должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и частное, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для этой формы симптомы). Такой диагноз называют также структурным, имея ввиду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение «почвы», основного и исполнительного фактора, особенности процесса, его локализаций и т.п.

Окончательный диагноз должен быть сформулирован таким образом, чтобы наряду с нозологической формой в нем были указаны:

### **1. Вариант этой формы.**

2. Важнейший синдром.
3. Тип течения.
4. Этап или стадия течения.
5. Выраженность патологических отклонений.
6. Особенности локализаций.
7. Особенности «почвы», наследственности, характера и т.п.

### **Тема занятия:**

## **История и организация психиатрической помощи.**

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Предмет и задачи психиатрии. Место психиатрии как науки среди других медицинских дисциплин.
2. История развития психиатрии: донаучный и научный этапы.
3. Границы и возможности социальной психиатрии.
4. Виды психических расстройств (невротический, пограничный и психотический уровни, личностные расстройства)
5. Синдромологическое и нозологическое направления в психиатрии. Роль Э.Крепелина. Концепция Гризингера о едином психозе.
6. Возникновение и развитие отечественной психиатрии. Значение работ И.М.Балинского, В.М.Бехтерева, А.В.Снежневского.
7. С.С.Корсаков. Его роль в психиатрии. Гуманистические традиции отечественной психиатрии.
8. Н.Н.Баженов и его роль в отечественной психиатрии. Семейный патронаж.
9. Структура психиатрической помощи в России.
10. Правовые основы психиатрии. Основные положения закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
11. Особенности устройства и режима психиатрической больницы. Варианты надзора. Режим открытых дверей.
12. Особенности ухода и надзора за психически больными. Реформа Ф.Пинеля. Режим нестеснения. Госпитализм.
13. Роль стационарного и амбулаторного звеньев в оказании психиатрической помощи.
14. Трудовая экспертиза. Трудоустройство психически больных.
15. Военно-психиатрическая экспертиза.
16. Судебно-психиатрическая экспертиза. Её виды. Права и обязанности эксперта. Дееспособность. Понятие о физиологическом и патологическом аффекте.
17. Понятие о невменяемости. Медицинские и юридические критерии. Исключительные состояния в судебно-психиатрической практике.
18. Симуляция, диссимуляция и аггравация в психиатрической практике.
19. Виды и сроки принудительного лечения психически больных, совершивших противоправные действия. Порядок принудительной

госпитализации.

Изучение Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Понятие вменяемости, дееспособности. Особенности принудительного лечения у психиатра.

### **Тема занятия:**

Патология перцептивной сферы.

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Ощущения и восприятие в норме и патологии.
2. Отличие иллюзий от галлюцинаций.
3. Принципы классификации галлюцинации.
4. Учение В.Х.Кандинского о псевдогаллюцинациях.
5. Синдром Кандинского-Клерамбо. Клиника, нозоспецифичность.
6. Диагностическое значение галлюцинаторного феномена.
7. Психосенсорные расстройства. Клиника, нозоспецифичность.

### **Пояснения по вопросам:**

Ощущения и их расстройства. Количественные: гиперестезия, гипостезия, анестезия. Качественные: парестезия, каузалгии, фантомные боли. Сенестопатии и сенесталгии. Сенестопатоз.

Классификация галлюцинаций. Расстройства сенсорного синтеза. Нарушения схемы тела. Особенности нарушений восприятия при различных психических заболеваниях.

### **Тема занятия:**

Патология мышления. Умственная отсталость (F7)

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Мышление в норме.
2. Патология мышления. Классификация.
3. Расстройство мышления по форме.
4. Расстройства мышления по содержанию, классификация; навязчивые состояния и их разновидности.
5. Расстройства мышления по содержанию: бредовые идеи. Определение, классификация.
6. Стадии бредаобразования.
7. Особенности бреда в различные возрастные периоды.
8. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный.
9. Расстройства мышления по содержанию:

сверхценные идеи. 10. Отличия сверхценных идей от бредовых и навязчивых идей.

11. Нарушение интеллекта.

12. Умственная отсталость (олигофрения). Ее разновидности и степени.

### **Пояснения по вопросам:**

Мышление в норме. Патология мышления: классификация. Количественные нарушения мышления: ускорение и замедление мышления. Качественные расстройства: обстоятельность (детализированное), ригидность и вязкость мышления. Персеверации, стереотипии, вербигирация, логоклонии, итерация. Аутистическое, резонерское, символическое, паралогическое, дезактуальное, разноплановое, латентное мышление. Неологизмы, шифрофазия, агглютинация. Ментизм, обрывы мышления. Соскальзывания, разорванность мышления, бессвязность, инкогерентное мышление. Особенности расстройства ассоциативного процесса при различных заболеваниях и психопатологических синдромах. Нарушения мышления по содержанию: сверхценные идеи, бредовые идеи, навязчивые мысли. Сверхценные идеи. Определение понятия и клиническое значение. Понятие доминирующих идей. Навязчивые состояния (обсессии). Навязчивые страхи (фобии), навязчивые мысли, навязчивые действия (ритуалы). Современное представление о патопсихологической сущности бреда и навязчивостей. Сравнительно-возрастные особенности бреда, сверхценных идей и навязчивостей. Бредовые идеи. Бред – ложные суждения и умозаключения, возникшие на болезненной основе, обладающие высокой степенью субъективной достоверности, неподдающиеся коррекции. Стадии бредообразования (бредовое настроение, бредовое восприятие, бредовое толкование, кристаллизация бреда). Систематизация бредовых идей. Бред первичный и вторичный. Бред чувственный (образный) и бред толкования (первичный, интерпретативный). Бредовые идеи по фабуле: величия, физического могущества и силы, преследования, психического и физического воздействия, отношения, отравления, самоуничтожения, самообвинения, ипохондрический, интерметаморфозы, колдовства, эротоманический (Клерамбо), ущерба, ревности, высокого происхождения, дисморфоманический и др. Бредовые идеи депрессивного спектра, маниакального, персекуторного. Бредовые синдромы: паранойяльный, галлюцинаторно-параноидный, парафренный. Возрастные особенности бредовых идей. Бред малого (коммунальный, квартирный) и большого размаха. Резидуальный, инкапсулированный бред. Индуцированное бредовое расстройство. Динамика бредовых синдромов. Прогностическое значение бреда.

### **Тема занятия:**

Патология эмоций и воли

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Эмоции в норме. Их классификация.
2. Патология эмоций, классификация.
3. Маниакальный синдром. Клиника, нозоспецифичность.

4. Депрессивный синдром. Клиника, нозоспецифичность.
5. Нарушение эмоций при шизофрении, возрастные особенности.
6. Физиологический и патологический аффект. Клиника, дифференциальная диагностика. Значение для психиатрической и судебно-психиатрической практики.
7. Волевая деятельность в норме. Процесс образования волевого акта.
8. Патология воли и влечений. Классификация.
9. Патология воли: компульсивные действия, клиника, диагностика, нозоспецифичность.
10. Патология воли: импульсивные действия, клиника, диагностика, нозоспецифичность.
11. Двигательно-волевые расстройства: виды психомоторного возбуждения иступора.
12. Кататонический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
13. Внимание и его нарушения.

### **Пояснения по вопросам:**

Маниакальный синдром. Разновидности маний: гневливая, спутанная, непродуктивная, обездвиженная, с дурашливостью, обезглавленная мании. Маниакальное буйство. Сочетание мании с другими психопатологическими синдромами: мория - сочетание мании с дурашливостью и интеллектуальным снижением, экстаз – мания и расстройство сознания в виде обнубиляции, онейроида, эйфория - приподнято-повышенное настроение, сочетание с интеллектуальной ограниченностью. Депрессивный синдром. Триада К.Ясперса (сниженное настроение; снижение темпа психической деятельности (в частности мышления); снижение двигательной активности). Классификация депрессий по происхождению: эндогенная и экзогенная. Отличия эндогенной депрессии от экзогенной. Эндореактивные депрессии. Разновидности депрессий: классическая тоскливая, тревожная, с предсердечной тоской, ипохондрическая, анестетическая, адинамическая, брюзжащая, слезливая, ажитированная, психотическая, зашторенная, скрытая депрессии. Виды мас (сглаженность), неадекватность (паралогичность) эмоций, слабодушие, эмоциональная лабильность, апатия, амбивалентность. Пароксизмальные нарушения эмоций: дисфория, экстаз.

Внимание – направленность психической деятельности в данный момент на какой-либо объект. Связь внимания с сознанием. Активное и пассивное внимание. Объем внимания. Истощаемость внимания. Способность переключения внимания, отвлекаемость, прикованность (фиксация) внимания. Апрозексии. Особенности расстройства внимания при различных заболеваниях и в различные возрастные периоды.

Основные тенденции и этапы формирования влечений. Расторможенность влечений. Количественные формы нарушения влечение: повышение и понижение. Качественные нарушения (извращение влечений). Основные симптомы и синдромы нарушения влечений, их сравнительно-возрастная характеристика.

Патология волевой сферы. Количественные нарушения: гипобулия и абулия, гипербулия. Качественные нарушения (парабулии): импульсивность, компульсивность, кататонический ступор, восковая гибкость, негативизм, пассивная подчиняемость, манерность, мутизм, эхосимптоматика, стереотипии.

## **Тема занятия:**

Патология памяти и сознания

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Сознание в норме.
2. Патология сознания. Классификация. Признаки нарушенного сознания по К. Ясперсу.
3. Непароксизмальные синдромы исключения сознания: обнубиляция, сомнолencia.
4. Непароксизмальные синдромы исключения сознания: сопор, кома.
5. Пароксизмальные синдромы исключения сознания: большой судорожный припадок, малые судорожные припадки.
6. Непароксизмальные синдромы помрачения сознания: виды, аменция, клиника, диагностика, нозоспецифичность. Диагностическое значение аменции, терапия, прогноз.
7. Непароксизмальные синдромы помрачения сознания: делирий, стадии делирия, клиника, диагностика, нозоспецифичность, варианты выхода.
8. Непароксизмальные синдромы помрачения сознания: онейроид, стадии развития, клиника, диагностика, нозоспецифичность.
9. Пароксизмальные синдромы помрачения сознания: сумеречное помрачение сознания, классификация, клиника, диагностика,
10. Пароксизмальные синдромы помрачения сознания: особые состояния сознания, клиника, диагностика, клиническое значение.
11. Память в норме.
12. Патология памяти, классификация. Виды парамнезий. Распад памяти по закону Т. Рибо.
13. Психоорганический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
14. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность
15. Синдром прогрессирующей амнезии.
16. Судорожный синдром. Дифференциальная диагностика эпилептического и истерического припадков.
17. Бессудорожные пароксизмы и психические эквиваленты.

## **Пояснения по вопросам:**

Память как процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения и воспроизведения прошлого опыта. Ее связь с другими психическими функциями. Кратковременная и долговременная память. Мгновенная и оперативная память. Механическая и смысловая память. Эмоциональная память (значение эмоциональной вовлеченности). По модальности: зрительная, слуховая, вкусовая, моторная и т.д. Современные представления о психологических, физиологических и биохимических основах памяти. Нарушения запоминания и воспроизведения. Законы ассоциаций. Закон Рибо. Количественные нарушения памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия (ретроградная, антероградная, конградная). Качественные (парамнезии): псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии (ассоциированные и отчужденные ложные воспоминания). Корсаковский синдром. Понятие фиксационной амнезии. Структура Корсаковского синдрома и болезни. Особенности расстройства памяти при различных заболеваниях. Сравнительно-возрастной анализ расстройства памяти.

### **Тема занятия:**

(F0) Органические и симптоматические психические расстройства.

## **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Органические психические расстройства. Определение. Классификация. Общие диагностические критерии: триада Вальтер-Бюэля.
2. Симптоматические психические расстройства. Определение. Классификация. Концепция экзогенных реакций К. Бонгоффера.
3. Психические расстройства при травматических поражениях головного мозга. Клиника острого периода. Отдаленные последствия травм головного мозга.
4. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях (церебральных и внецеребральных). Психические нарушения при СПИДе.
5. Психические расстройства при сифилисе: этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторные данные, формы, течение, исход, лечение.
6. Психические расстройства при опухолях головного мозга. Клиника, влияние локализации опухоли, течение.
7. Деменция при болезни Альцгеймера: этиология, клиническая динамика заболеваний и подходы к лечению.
8. Сосудистая деменция: этиопатогенез, клиника, подходы к лечению.
9. Деменция при болезни Пика: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
10. Деменция при болезни Гентингтона и Паркинсона: этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
11. Препараты для лечения деменции.



## **Пояснения по вопросам:**

Деменция. Диагностические указания: основным диагностическим требованием являются данные, свидетельствующие о снижении как памяти, так и мышления, в такой степени, что это приводит к нарушению индивидуальной повседневной жизни. Нарушение памяти в типичных случаях касается регистрации, хранения и воспроизведения новой информации. Ранее приобретенный и знакомый материал может также утрачиваться, особенно на поздних этапах заболевания. Включает: деменция при болезни Альцгеймера; сосудистая деменция; деменция при болезни Пика; деменция при болезни Гентингтона; деменция при болезни Паркинсона; деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); деменция в связи с травмой головного мозга; деменция в связи с эпилепсией; пресенильная деменция; сенильная деменция.

### **Тема занятия:**

(F1) Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

## **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Синдром зависимости. Клиника.
2. Абстинентный синдром, варианты исхода, купирование.
3. Корсаковский (амнестический) синдром. Клиника, нозоспецифичность.
4. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольная зависимость): этиопатогенез, течение, осложнения.
5. Алкогольный делирий (белая горячка). Симптоматика, течение, исход, лечение.
6. Психотические расстройства вследствие употребления алкоголя (алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, алкогольный бред ревности).
7. Классификация и общие характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Отличие наркомании от токсикомании.
8. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Лечение.
9. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов и кокаина. Лечение.
10. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления природных и синтетических («спайсов») каннабиоидов. Лечение.
11. Психические и поведенческие расстройства вследствие

употребления галлюциногенов. Лечение.

## **Пояснения по вопросам:**

Диагностика алкогольного опьянения. Лечение острой алкогольной интоксикации. Патологическое опьянение. Его судебно-психиатрическое значение.

Алкоголизм. Бытовое пьянство. Клиника алкоголизма. Алкогольный похмельный синдром. Изменение личности при алкоголизме. Особенности алкоголизма у подростков. Алкоголизм у женщин. Симптоматический алкоголизм. Лечение алкоголизма. Ремиссии и рецидивы. Профилактика алкоголизма. Алкогольные психозы: алкогольный делирий, предвестники делирия. Клинические варианты делирия. Алкогольные бредовые и галлюцинаторные психотические состояния. Алкогольный бред ревности. Алкогольные энцефалопатии. Лечение и профилактика алкогольных психотических расстройств. Санитарно-просветительская работа с населением. Роль наркологических диспансеров. «Анонимные алкоголики». Психотерапия алкогольной зависимости.

Определение понятия наркоманий. Медицинский, юридический и социальный критерии наркоманий. Токсикомании. Эпидемиология. Клиника различных видов наркоманий (морфиновая, кокаиновая, каннабиесная и т.д.). Экспресс-методы выявления зависимости. Объективные признаки употребления наркотических препаратов. Комплексная терапия зависимостей от наркотических препаратов. Профилактика наркоманий и токсикоманий.

## **Тема занятия:**

(F2) Расстройства шизофренического спектра.

## **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Шизофрения, определение. История развития представлений о шизофрении. Диагностические критерии Э. Блейлера, К. Шнайдера.
2. Этиопатогенез шизофрении. Продуктивные и негативные симптомы, диагностика шизофрении.
3. Параноидная форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
4. Простая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
5. Кататоническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
6. Гебефреническая форма шизофрении. Симптоматика, течение, исход, лечение.
7. Редкие формы шизофрении, клиника. Исходные состояния, виды дефекта.
8. Классификация шизофрении по типу течения. Клинические особенности.

9. Шизоаффективное расстройство. Клиника, диагностика, лечение, прогноз, социальное значение.

10. Шизотипическое расстройство. Клиника, диагностика, терапия, прогноз.

Отличия с шизоаффективным расстройством.

11. Острые и транзиторные психотические расстройства (реактивные психозы). Виды дебюта шизофрении.

### **Пояснения по вопросам:**

Понятие и современное состояние вопроса о сущности шизофрении. Эпидемиология. Продуктивные и негативные симптомы при шизофрении. Признаки дизонтогенеза. Острое, подострое и постепенное начало заболевания. Типы течения шизофрении: непрерывный; эпизодический с нарастающим дефектом; эпизодический со стабильным дефектом; эпизодический ремиттирующий (рекуррентный). Медленнотекущие типы шизофрении. Наличие или отсутствие состояния ремиссии: неполная ремиссия; полная ремиссия; отсутствие ремиссии; другой тип ремиссии. Клинические типы шизофрении: параноидная шизофрения; гебефреническая (гебефренная) шизофрения; кататоническая шизофрения; недифференцированная шизофрения; постшизофреническая депрессия; остаточная шизофрения; простой тип шизофрении. Понятие о шизофреническом дефекте и исходных состояниях. Особенности шизофрении в детском, подростковом и позднем возрасте. Соматические расстройства при шизофрении. Современные представления об этиопатогенезе заболевания. Данные патопсихологического, биохимического, иммунологического исследований. Методы генетического изучения шизофрении. Прогноз при шизофрении.

Биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, маскированные депрессии, циклотимия, дистимия. Их этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

### **Тема занятия:**

(F3) Аффективные расстройства.

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

12. Аффективные расстройства. Определение. Этиопатогенез.

Общеклинические и диагностические критерии.

13. Маниакальный синдром. Клиника,

нозоспецифичность. 14. Депрессивный синдром.

Клиника, нозоспецифичность.

15. Биполярное аффективное расстройство. Клинические формы, диагностика, лечение, прогноз.

16. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

17. Циклотимия. Определение, клиника, диагностика, лечение. Отличие сБАР.
18. Маскированная депрессия. Формы, клиника, диагностика, лечение, прогноз. Значение в общеклинической практике.
19. Лечение аффективных расстройств. Принципы терапии, основные группы препаратов.
20. Осложнения терапии аффективных расстройств. Инверсия аффекта, смешанный аффект, Rapid-cycle.
21. Антидепрессанты и анксиолитики. Классификация. Особенности применения.
22. Нормотимики. Классификация. Применение в терапии аффективных расстройств.
23. Помощь депрессивным больным. Фармакотерапия и психотерапия (КБТ и другие методы). Особенности ухода и надзора.
24. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
25. Лечение суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения.

### **Пояснения по вопросам:**

Определение аффективных расстройств. Этиопатогенез: моноаминовая теория. Общие клинические проявления аффективных расстройств: депрессивный синдром, триада Протопопова, Маниакальный синдром. Разновидности маний: гневливая, спутанная, непродуктивная, обездвиженная, с дурашливостью, обезглавленная мании. Маниакальное буйство. Сочетание мании с другими психопатологическими синдромами.

Классификация депрессий по происхождению: эндогенная и экзогенная. Отличия эндогенной депрессии от экзогенной. Эндореактивные депрессии. Разновидности депрессий: классическая тоскливая, тревожная, с предсердечной тоской, ипохондрическая, анестетическая, адинамическая, брюзжащая, слезливая, ажитированная, психотическая, зашторенная, скрытая депрессии. Виды маскированных депрессий: цефалгическая, вертебралгическая, абдоминальная, псевдоастматическая, наркоманическая, агрипническая и т.д. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный эпизод. Маниакальный эпизод. Интермиссия, отличие от ремиссии. Варианты течения БАР, клинические формы. Диагностика, дифференциальная диагностика БАР, терапия, прогноз. Рекуррентное депрессивное расстройство: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

### **Тема занятия:**

(F4) Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

## **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Невротические расстройства. Определение, общие клинические и диагностические критерии.
2. Теории развития невроза.
3. Астенический синдром. Клиника, нозоспецифичность.
4. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.
5. Посттравматическое стрессовое расстройства. Клиника, лечение, прогноз.
6. Обсессивно-компульсивное и тревожное расстройства. Этиопатогенез, клиника, лечение. Терапия приступа паники.
7. Диссоциативное (истерическое) расстройство. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Неврастения. Этиология, клиника, лечение.
9. Ипохондрическое расстройство. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Соматизированное расстройство. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Отличие от ипохондрического расстройства, маскированных депрессий, сенестопатий.

## **Пояснения по вопросам:**

Общие критерии диагностики и клиники невротических расстройств. Отличие от психотического уровня поражения. Теории развития невроза по З. Фрейду, Э. Берну, И.П. Павлову. Современные воззрения на развитие невроза. Неврастения, тревожные и депрессивные неврозы, истерия, посттравматическое стрессовое расстройство, соматоформное и ипохондрическое расстройство. Их этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.

## **Тема занятия:**

(F6) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

## **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Расстройства личности — определение, классификация. Теории возникновения расстройств личности. Триада Ганнушкина-Кербикова.
2. Понятие акцентуации и психопатии. Динамика личностных расстройств.
3. Специфические расстройства личности: истерическое расстройство личности.
4. Специфические расстройства личности: шизоидное расстройство личности.
5. Специфические расстройства личности: параноидное расстройство личности.

6. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности.
7. Ананкастное расстройство личности.
8. Зависимая личность, гипертимная личность, нарциссическое расстройство личности.
9. Диссоциальное личностное расстройство и коррекция агрессивного поведения.
10. Терапия психопатий. Прогноз.

### **Пояснения по вопросам:**

Теория возникновения и типы расстройств личности. Концепция вырождения Б.О. Мореля. Происхождение расстройств личности. Классификация расстройств личности. Типы расстройства личности. Вклад отечественных психиатров в изучение расстройств личности: П.Б. Ганнушкин, О.В. Кербиков, А.Е. Личко. Понятие акцентуации и психопатии. Диагностическая триада Ганнушкина-Кербикова. Анализ расстройства личности по их классификации и динамике развития и их лечение. Динамика расстройств личности. Надежность диагностики расстройств личности. Этиология и патопсихология расстройств личности. Специфические личностные расстройства: истерическое, шизоидное, ананкастное, параноидное, эмоционально-неустойчивое, зависимое, диссоциальное, нарциссическое, гипертимное. Клиника, динамика, лечение, прогноз. Лечение расстройств личности.

### **Тема занятия:**

Лечение психических расстройств

### **Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Общие принципы лечения психических расстройств.
2. Психотропные средства. Их классификация.
3. Биологические методы лечения: светолечение, транскраниальная магнитная стимуляция, психохирургия, электро-судорожная терапия.
4. Помощь при неотложных состояниях в психиатрии. Эпилептический статус и неотложные мероприятия при нем.
5. Помощь депрессивным больным. Фармакотерапия и психотерапия (КБТ и другие методы). Особенности ухода и надзора.
6. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Оценка суицидального риска.
7. Лечение суицидального и несуицидального аутоагрессивного поведения.
8. Психотерапия в психиатрической клинике. Общие показания и противопоказания. Общие действующие факторы психотерапии.
9. Реабилитация, реадaptация и ресoциализация психически больных.

## **Пояснения по вопросам:**

Фармакотерапия, классификация психотропных препаратов, особенности отпуска психотропных препаратов в стационаре и на амбулаторном приеме. Психотерапия, методы биологической терапии психических расстройств. Инсулино-коматозная терапия, ЭСТ, сенсорная депривация, лоботомия, психохирургия: области применения, показания, противопоказания, историческое значение. Гипносуггестивная психотерапия. Виды. Показания и противопоказания. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания к применению. Психодинамическая психотерапия (З.Фрейд, А.Адлер, К.Г. Юнг)

## **Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **7.1. Учебная литература**

#### **а) Основная литература:**

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, п.2014г.
2. Кербилов О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. — М.: Медицина, п. 2010г.
3. Психиатрия: Учебник. /Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. — М.: МЕДпресс-информ, 2012.

#### **б) Дополнительная литература**

1. Руководство по психиатрии/ Под ред. А.С.Тиганова.-В 2-х т.- М.: Медицина, 1999.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
3. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии.- М.: ГНЦССП им. В.П.Сербского, 1997.

### **7.2 Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. e-Library.ru [Электронный ресурс]: Научная электронная библиотека. – URL: <http://elibrary.ru/> (дата обращения 11.05.2018).
2. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/> (дата обращения 11.05.2018).
3. Электронно-библиотечная система «Университетская библиотека онлайн» [Электронный ресурс]. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php> (дата обращения 11.07.2018). – Доступ к системе согласно правилам ЭБС и договором университета с ЭБС.