

Электронная цифровая подпись



Утверждено 27 мая 2021 года  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ»**

Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)

Направленность: Стоматология

Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог

Форма обучения: очная

**Срок обучения: 5 лет**

## **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

### **1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса.**

#### **по дисциплине «Психиатрия и наркология»**

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

#### **1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Психиатрия и наркология»**

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-4	Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	иОПК-4.2.	Демонстрирует способность определять приоритетные проблемы и риски здоровью пациента (населения)
2	ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний
	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач
3	ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач
	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных

		методах лечения для назначения лечения
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
4	ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)
	иПК-1.2.	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза
5	ПК-5	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
	иПК-5.1.	Формирование у пациентов (их родственников / законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек
6	ПК-6.	Организационно-управленческая деятельность
	иПК-6.1.	Ведение медицинской документации

## **2. Цели и основные задачи СРС**

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

## **3. Виды самостоятельной работы**

В образовательном процессе по дисциплине «**Психиатрия и наркология**» выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

### **3.1. Перечень тематик рефератов и презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

#### **Тема 1**

1. Регламентированные правила направления психически больного человека на лабораторное обследование.

2. Показания для направления на лабораторное обследование при психических болезнях.
3. Лабораторные исследования при шизофрении.
4. Лабораторные исследования при эпилепсии.
5. Лабораторные исследования при алкогольной энцефалопатии.
6. Инструментальные методы обследования при шизофрении.
7. Инструментальные методы обследования при эпилепсии.
8. Инструментальные методы обследования при алкогольной энцефалопатии.

## **Тема 2**

1. Регламентированные правила направления психически больного человека на инструментальное обследование.
2. Показания для направления на ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ЭКГ, ККФ при психических болезнях
3. Тест Люшера.
4. Тест Векслера.
5. Исследование ЧМН в психиатрии.
6. Показания к консультации офтальмолога в психиатрической клинике.

## **Тема 3**

1. КТ мозга при сенильных психозах.
2. Дисциркуляторная энцефалопатия, данные инструментальных методов исследования.
3. Психический статус у больного шизофренией.
4. ЭЭГ при височной эпилепсии.

## **Тема 4**

1. Инструменты определения общественной опасности психически больного.
2. Механизмы воздействия при наличии общественной опасности психически больного человека.
3. Функции психиатра ПНД.
4. Активный учет в ПНД.

## **Тема 5**

1. Порядок информирования психически больного о заболевании.
2. Признаки социальной опасности психически больного.
3. Классификация галлюцинаций.
4. Классификация бреда.
5. Правила взаимодействия с пациентом с наличием бреда преследования.

## **Тема 6**

1. Особенности получения анамнестических сведений из сопровождающей психически больного медицинской и другой документации.
2. Особенности получения анамнестических сведений от родственников психически больного.
3. Особенности получения анамнестических сведений от сопровождающих психически больного лиц.
4. Особенности получения анамнестических сведений от самого психически больного.

## **Тема 7**

1. Алкогольные психозы в современных условиях.
2. Психотерапия при психических болезнях.
3. Аутогенная тренировка при психических болезнях.
4. Бальнеолечение при психических болезнях.
5. ЛФК при психических болезнях.

## **Тема 8**

1. Санаторно-курортное лечение при психических болезнях.
2. Арт-терапия при психических болезнях.
3. Музыкалотерапия при психических болезнях.
4. Трудотерапия при психических болезнях.

## **Тема 9**

1. Оценка особенностей поведения, внешнего вида и высказываний больного, дающие основание предположить наличие социальной опасности.
2. Современное лечение шизофрении.
3. Хирургическое лечение эпилепсии.
4. Стереотаксические операции.

## **Тема 10**

1. Направление психически больного пациента для лечения в стационаре. Показания для направления.
2. Направление психически больного пациента в дневной стационар. Показания для направления.

## **Тема 11**

1. Бредовые состояния.
2. Галлюцинаторные состояния.
3. Сумеречные состояния сознания.
4. Систематизированные бредовые состояния с выраженной бредовой активностью и тенденцией к агрессии.

## **Тема 12**

1. Физиотерапевтическое лечение при психических болезнях.
2. Лечебная физическая культура при сенильных психозах.
3. Трудотерапия при алкогольных психозах.
4. Суггестивная терапия при шизофрении

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

## **3.2. Перечень ситуационных задач**

### **Тема 1**

#### **Задача 1**

**Перечислите основные лабораторные методы исследования в психиатрической клинике**

**Эталон ответа**

**Лабораторные исследования**

общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи и мягких тканей, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза.

биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);

иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов амфетаминов.

**Инструментальные исследования**

ЭЭГ–признаки судорожной готовности в период абстиненции, возможны судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции;

РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

**Дополнительное обследование:**

экспериментально-психологическая диагностика

по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

### **Тема 2**

#### **Задача 1**

Пациент 28 лет.

Жалобы: на сниженное настроение, тревогу, трудности с засыпанием.

Анамнез жизни.

Наследственность со слов не отягощена. Родился в срок единственным ребенком в семье. Далее рос и развивался без особенностей. Окончил 11 классов средней школы. Затем университет по специальности «инженер». В настоящее время работает продавцом в продуктовом магазине. Инвалидности не имеет. Дееспособен. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, сахарный диабет туберкулез отрицает. Гемотрансфузии, отрицает. Аллергологический анамнез со слов не отягощен. Употребление наркотиков, алкоголя, курение категорически отрицает.

Анамнез болезни.

Со слов с детства был тревожным, мнительным. С 15 лет появились навязчивые мысли, что он забыл выключить газ. По 5-6 раз приходилось возвращаться на кухню, чтобы удостовериться. Хотя понимал нелепость этих мыслей, не мог с ними справиться, так как автоматически появлялась мысль: «если не сделаю, дом взорвется». Однажды увидел на полу пятно и возникло непреодолимое желание на него наступить, так как возникла мысль: «не наступлю-родители умрут». С тех пор каждый раз проходя мимо приходилось наступать на пятно, количество раз выросло до 7 («семь-счастливое число»). При попытке оборвать мысли или не выполнить действия нарастала сильная тревога. Мысли ощущал как нечто чуждое, глупое, иррациональное, но не мог им противиться. Боялся, что сходит с ума. Мысли возникали, так же как и другие мысли, ничем не отличались от собственных мыслей. Наличие подобных состояний изматывало, уговорил родителей на госпитализацию в психиатрическую клинику. После выписки были выписаны препараты оланзапин и кломипрамин. Пациент их принимал, но эффект был выражен слабо. Однажды, усилием воли не поддавался мыслям и заметил, что тревога постепенно ушла. С тех пор старался не выполнять ритуалы и не обращать внимание на эти мысли. После этого ритуалы и мысли стали реже проявляться. Около полугода назад появился страх, что эти состояния вернуться. Снизилось настроение, нарастала тревога. Кроме того, в отношениях с девушками часто возникали навязчивые мысли, связанные с ревностью. Лекарственные препараты не принимал. Решил обратиться к психиатру.

Психический статус. Верно ориентирован во всех видах. Мимика ближе к тревожной. Рассказывает охотно, уделяет большое внимание ответам и вопросам врача. Неусидчив. Эмоциональный фон неустойчивый, преобладают ноты тревоги. Настроение со слов снижено. Интеллектуально-мнестические безвыраженного снижения. Мышление умеренное по темпу, последовательное. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает. Суицидальные намерения отрицает.

Сон со слов прерывистый, аппетит снижен.

1. Вопросы:

1. Назовите симптомы психопатологии.
2. Назовите ведущий/ие синдромы.
3. Назовите предварительный диагноз

**Эталон ответа:**

1. Симптомы:

- бредовые идеи преследования
- тахифрения
- бредовые идеи ревности
- тревога
- истинные галлюцинации
- диссомния,
- снижение устойчивости внимания
- обсессии
- импульсивность
- переоценка собственной личности

## 2. Синдромы:

- галлюцинаторно-бредовый синдром
- депрессивный синдром
- парафренный синдром
- обсессивно-компульсивный синдром
- делириозный синдром
- апатико-абулический синдром

## 3. Предварительный диагноз:

- Биполярно-аффективное расстройство 1 типа,
- Шизо-аффективное расстройство
- Анакастное расстройство личности
- Шизотипическое расстройство личности, неврозоподобный вариант
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Нарциссическое расстройство личности
- Психотическое расстройство вызванное употреблением неизвестным ПАВ.

## Тема 3

### Задача 1

Перечислите методы диагностики и выявления психических расстройств

#### Эталон ответа

Для изучения психического состояния больного применяются следующие методы исследования:

1. Клиническое собеседование или интервью (опрос больного и лиц, знавших его прежде, в том числе по предоставленным характеризующим материалам);
2. Наблюдение за больным в отделении, на свидании с родственниками;
3. Клинический эксперимент.
4. Изучение дополнительных объективных материалов (в том числе материалов уголовного либо гражданского дела).

Беседа с больным является одним из основных способов получения информации о нем. от правильного проведения клинического интервью во многом зависят определение психического состояния больного, полнота и подлинность сообщенных им сведений.

Контакт с пациентом налаживается лишь в случае его доверия к врачу. Больной должен чувствовать с его стороны доброжелательность, желание помочь, облегчить его состояние. К сведениям, которые сообщает больной, нельзя относиться с недоверием, его следует выслушать внимательно, спокойно и доброжелательно, при необходимости уточняя детали.

Если некоторые вопросы вызывают у больного отрицательное отношение, следует сменить тему разговора на нейтральную и тем самым постепенно восстановить контакт. Активно разубеждать пациента в его болезненных (в том числе бредовых) переживаниях нецелесообразно, так как в этом случае может быть нарушен контакт.

## Тема 4

### Задача 1

Опишите план обследования пациента с психическими расстройствами

#### Эталон ответа

Обследование пациента с психическими расстройствами подразумевает тщательное изучение его жалоб, анамнеза жизни и болезни, соматического, неврологического и психического состояния, данных рентгенологического, электрофизиологического, биохимического и других лабораторных и инструментальных методов исследования. обследование больного следует начинать с оценки внешнего вида, особенностей поведения, способности отвечать на вопросы врача, сообщать необходимые сведения. Начиная обследование, необходимо оценить состояние сознания больного, так как тактика дальнейшего осмотра в первую очередь зависит от результатов этой оценки. В клиническом понимании, критерием ясности сознания является сохранность ориентировки во времени, окружающей обстановке и собственной личности. Поэтому состояние сознания удобнее всего изучать путем постановки вопросов, касающихся общих сведений и паспортных данных: больного просят назвать фамилию, имя, отчество, возраст, образование,

профессию, семейное положение, местожительство; уточняют, знает ли он, где находится в настоящее время, когда поступил в лечебное учреждение, какой теперь месяц, число, год. При выяснении жалоб больного следует учитывать, что в отличие от соматических больных, лица с психическими расстройствами часто не осознают своей болезни, не считают себя больными и поэтому или совсем не жалуются, или высказывают жалобы, не соответствующие объективному состоянию здоровья. анамнез жизни и болезни психически больных. При наличии помрачения сознания, а также в тех случаях, когда по болезненным мотивам пациент не вступает в общение с врачом, собрать анамнез со слов больного невозможно. Вместе с тем даже налаженный контакт с больным не освобождает врача от обязанности собирать субъективные анамнестические данные со стороны родственников, сослуживцев и других лиц, хорошо знающих пациента, так как некоторые больные могут сообщать неправильные сведения либо искаженно интерпретировать свои ощущения, переживания или события. Рекомендуется запросить на него характеристики (с места работы, с места жительства и т.п.). В тех случаях, когда больной поступает повторно в психиатрический стационар, нужно сделать запрос в учреждения, в которых он лечился ранее. В процессе изучения анамнеза жизни необходимо выяснить следующие факты.

Наследственность (по прямой, боковой и нисходящей линиям). Состояние здоровья родителей, причина их смерти; не страдали ли родственники или члены семьи нервными психическими заболеваниями (особенности их клиники и течения), алкоголизмом, другими зависимостями от психоактивных веществ, туберкулезом, сифилисом, сердечнососудистыми, эндокринными заболеваниями, болезнями обмена веществ, злокачественными новообразованиями. Не отмечались ли в семье случаи самоубийства (возможные причины этого), существенные странности в поведении. Далее следует уточнить личностные особенности ближайших родственников (спокойный – раздражительный; общительный – замкнутый; веселый, жизнерадостный, синтонный – холодный, черствый; властный, решительный – уступчивый, легко теряющийся; эгоистичный – альтруистичный; ведущий – ведомый; стремящийся быть в центре внимания – предпочитающий находиться в тени и т.п.), а также их увлечения, род занятий.

Семейный анамнез. Уточняется возраст родителей к моменту рождения пациента. Здоровье матери во время беременности, своевременность родов и характер их течения. Состав семьи, семейнобытовые условия, отношения между родителями, отношение родителей к детям, взаимоотношения между детьми.

Младенческий и дошкольный периоды. определяется физическое и психическое развитие (когда начал сидеть, стоять, ходить, говорить, приобрел навыки опрятности). Не было ли в детстве и в последующие годы ночных страхов, сногворения, снохождения. Был ли спокойным или беспокойным, крикливым, капризным. Наблюдалось ли и до какого возраста ночное недержание мочи, заикание. особенности поведения дома и в детских коллективах. характер воспитания. особенности ребенка (спокойный, послушный – возбудимый; робкий – решительный; боязливый – смелый; ласковый – грубый).

Период обучения. В каком возрасте начал обучение в школе (общеобразовательной, специализированной, интернате), как успевал, оставался ли на повторный год обучения, причина дублирования. К каким предметам обнаруживал способности. Дисциплина в школе, взаимоотношения в коллективе (стремился к лидерству, подчинялся авторитету, ведомый, конформный и т.п.). Поведение в школе и быту. Выполнял ли общественные поручения (охотно, с принуждением), участвовал ли в кружках (с углубленным изучением предмета, музыкальных, художественных, спортивных). Какое получил образование, какие оценки в аттестате. Где продолжил обучение и по какой специальности. характерологические особенности, отмечаемые в период обучения в начальной, средней и высшей школе.

Половое развитие. Когда появились признаки полового созревания, не наблюдалось ли изменений в характере обследуемого в этот период. Сексуальные интересы, их девиации. Начало и регулярность половой жизни.

Трудовая и общественная деятельность. Возраст начала самостоятельной трудовой деятельности. Какими трудовыми навыками овладел, как работал, часто ли менял места работы и по каким причинам. Какова была работоспособность, как относился к труду. Взаимоотношения с сослуживцами, увлечения, времяпрепровождение после работы.

Отношение к воинской службе. В каком возрасте был призван (если были отсрочки, то по какой причине). Продолжительность периода адаптации к условиям военной службы, легко ли привык к новому режиму жизни, распорядку и дисциплине, успехи по службе, взаимоотношения с



другими призывниками, начальниками, подчиненными; взыскания, поощрения. отслужил ли установленный срок или был уволен со службы раньше (причины, по какой статье). Семейная жизнь больного. Возраст вступления в брак. Для женщин количество беременностей, их течение, осложнения, послеродовой период, здоровье детей, количество аборт. Внутрисемейные отношения, если разведен, то по какой причине. Бытовые условия. Материальная обеспеченность, жилищные условия. Перенесенные заболевания и вредные привычки. Травмы головного мозга, нейроинфекции, длительные, обостряющиеся и истощающие соматические, инфекционные заболевания, оперативные вмешательства, курение табака, употребление спиртных напитков, наркотических и стимулирующих средств. Особенности темперамента, характера, личности (преморбидно). Уже при изучении анамнеза, как правило, выявляются особенности психической деятельности у пациента. При этом врач имеет возможность составить предварительное мнение об особенностях личности больного.

## Тема 5

### Задача 1

Дайте характеристику личности больного в психиатрической клинике

#### Эталон ответа

Выводы об особенностях личности делаются на основании собственной характеристики больного и наблюдения за его поведением во время осмотра.

Многие пациенты характеризуют себя чрезмерно положительно. Больной в состоянии депрессии, напротив, часто судит себя слишком строго, например, говорит о себе как о неудачнике, эгоисте или как о человеке, не заслуживающем доверия. Поэтому необходимо использовать любую возможность побеседовать с другими людьми.

Получить ценный материал для характеристики личности больного можно, расспросив его о поведении при определенных обстоятельствах. Например, если пациент утверждает, что он уверенный в себе человек, рекомендуется выяснить, как он ведет себя в конкретной ситуации, когда ему нужно в чем-то убедить других людей или выступить перед аудиторией. Подобным образом существенные для оценки личности данные часто удастся выявить, расспрашивая о ситуациях, связанных со сменой социальных ролей, например, когда человек оканчивает школу, начинает трудовую деятельность, вступает в брак или становится родителем.

Оценивая личность больного по поведению во время собеседования, необходимо принимать во внимание возможное влияние психического заболевания. Так, человек, который в обычном состоянии обладает спокойным и общительным характером, при депрессии может показаться патологически застенчивым и неуверенным в себе.

Исследования личности наиболее плодотворны, когда они проводятся в соответствии с определенной системой:

**Связи:** друзья (мало их или много; того же или противоположного пола; степень близости дружеских отношений); отношения с сослуживцами и начальством. Проведение досуга: увлечения и интересы; членство в обществах и клубах.

При оценке личности обычно начинают с изучения **взаимоотношений** пациента с друзьями и сослуживцами. Застенчив ли он или легко устанавливает дружеские контакты? Близкие ли у него друзья и отличаются ли постоянством их отношения? Информация о проведении досуга может высветить определенные черты личности пациента, не только отражая его интересы, но и позволяя судить о том, предпочитает ли он компанию или одиночество, а также о его энергичности и изобретательности.

Преобладающее **настроение:** тревожное, беспокойное, бодрое, мрачное, оптимистическое, пессимистическое, самоуничижительное, самоуверенное; стабильное или неустойчивое; контролируемое или экспансивное. Необходимо определить, является ли пациент веселым или же мрачным человеком; отмечают ли у него смены настроения; если да, то насколько резко они выражены, как долго сохраняются, следуют ли они за какими-то жизненными событиями. Надлежит также выяснить, демонстрирует ли больной эмоции или скрывает их.

**Характер:** обидчивый, замкнутый, робкий, нерешительный; подозрительный, ревнивый, злопамятный; сварливый, раздражительный, импульсивный; эгоистичный, эгоцентричный; скованный, недостаточно уверенный в себе; зависимый; требовательный, суетливый, прямолинейный; педантичный, пунктуальный, чересчур аккуратный.

*Взгляды и устои:* моральные и религиозные. Отношение к здоровью и к своему организму.

## **Тема 6**

### **Задача 1**

**Охарактеризуйте методику исследования психического статуса больного**

**Эталон ответа**

При клинико-психопатологическом методе исследования основной диагностической техникой или способом выявления болезненных проявлений являются расспрос и наблюдение в их неразрывном единстве.

Беседу с больным рекомендуется начинать с общепринятых вопросов о самочувствии, которые в психиатрической клинике часто служат лишь поводом для начала разговора, дающим врачу возможность сориентироваться в дальнейшем направлении, по которому следует вести исследование. Возможны варианты, когда из-за состояния больного расспрос и беседа практически невозможны. В таких случаях, исследуя статус больного, врач-психиатр вынужден ограничиться преимущественно наблюдением.

Психопатологические проявления человека возникают не хаотически, а в виде системы внутренне взаимосвязанных расстройств, определяемых как синдром. Синдром, который возникает преимущественно на основе нарушения какой-либо одной сферы психической деятельности, называется ПРОСТЫМ или МАЛЫМ, а синдром, который развивается на основе нарушения нескольких сфер психической деятельности – СЛОЖНЫМ, БОЛЬШИМ или ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ. Темп нарастания генерализации синдрома определяет остроту состояния и его психопатологическую структуру. Чем более выражен темп генерализации психопатологических нарушений, тем острее состояние и тем сложнее его структура и наоборот.

В процессе дальнейшей, целенаправленной беседы, после начальных вопросов о самочувствии, врач-психиатр определяет максимальный уровень нарушения психической деятельности у исследуемого больного, чтобы потом в этом диапазоне выяснить детали индивидуальных особенностей психопатологических проявлений, которые могут иметь дифференциально-диагностическое значение.

В структуру синдрома кроме позитивных (патологически продуктивных) входят еще негативные (дефицитарные) расстройства. Последние чаще всего придают синдрому черты нозологической специфичности. Они более инертны, раз возникнув, не имеют тенденции к исчезновению и, как бы сливаясь с преморбидными особенностями личности, в той или иной степени деформируют ее в зависимости от тяжести своих проявлений.

Необходимость трактовки личностных особенностей при анализе психического статуса возникает в тех случаях, когда психотическое состояние носит подострый или хронический характер, в связи с чем психопатологические продуктивные симптомы не перекрывают полностью личностных проявлений. Кроме этого, личностные особенности необходимо оценивать в состояниях ремиссии, при определении преморбиды и характерологических данных родственников больного, а также при оценке психических статусов больных с пограничными нарушениями (неврозами и психопатиями).

## **Тема 7**

### **Задача 1**

**Опишите алгоритм постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза в психиатрической клинике**

**Эталон ответа**

#### **ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Диагноз должен вытекать из Ваших рассуждений

Как правило, он состоит из двух частей – нозологического и синдромального диагноза.

*Нозологический диагноз* – название нозологической единицы, форма, вариант, тип течения болезни, стадия.

*Синдромальный диагноз* – ведущий синдром в настоящее время. Можно указать два синдрома, обычно 1 синдром продуктивных расстройств и 1 синдром – негативных расстройств (если они есть).

При отсутствии сведений, достаточных для установления нозологического диагноза (например, при первичном осмотре больного, который из-за выраженных расстройств психики не

может сообщить каких-либо анамнестических сведений) может быть указан только синдромальный диагноз.

Нозологический диагноз без указания синдрома является неинформативным и явно недостаточным!

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз проводится с близкими по клиническим проявлениям заболеваниями. В процессе дифференциальной диагностики необходимо после тщательного анализа исключить состояния, сходные по своим клиническим проявлениям с заболеванием у изучаемого пациента.

### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Указываются лишь те обследования, которые необходимы с точки зрения куратора для исключения или подтверждения патологии, упоминавшейся в разделе 12.

### **ВИД НАБЛЮДЕНИЯ И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Обычно основывается на ведущем синдроме, однако при наличии известной причины заболевания возможно назначение этиотропного и патогенетического лечения. Характер наблюдения за больным указывается по состоянию на момент курации.

### **ПРОГНОЗ**

Определяется в отношении:

- а) заболевания;
- б) трудоспособности;
- в) жизни.

Описание и заключение строится на данных о клинической картине, типе течения заболевания.

## **Тема 8**

### **Задача 1**

Больная 52 года, самостоятельно обратилась к психиатру, хотя не понимает необходимость такой консультации, ей о необходимости консультации у психиатра говорили другие врачи. Пациентка высказывает опасение, что она больна раком желудка, т.к. ее подруга умерла от рака, а они часто вместе питались. Неоднократно обследовалась у терапевтов и гастроэнтерологов и, хотя, результаты не подтверждали опасения больной, она окончательно не успокаивалась и продолжала сомневаться в заключении врачей. Понимает необоснованность своих опасений, но избавиться от них не может.

Какие это симптомы? Поставьте диагноз?

### **Эталон ответа**

У больной наблюдаются навязчивые страхи (канцерофобия), патология рационального познания. Сохранность критического отношения. Стремление избавиться от своих страхов.

## **Тема 9**

### **Задача 1**

Больной С., 32 лет. Наследственность неотягощена. Имеет высшее образование, педагог. Болен психически в течение 2 лет. Психическое состояние: ориентировка сохранена. Беседует охотно, контакт формальный. Временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется. С окружающими больными и медицинским персоналом практически не общается. К труду привлечь не удается. В одной из бесед с врачом сообщил: «Находясь в больнице 21 месяц, я слышу голоса людей в голове. Они говорят, что являюсь богом — Лениным... Вот и сейчас они говорят, чтобы я говорил всю правду... Чем я занимаюсь... Мне сказали, что я являюсь самым ангелом, потому что у меня день ангела и день рождения в один день, а у моей сестры Марии... я окрещен пионером. Жизнь человека будет мною продлена на 200 лет, люди омолодятся на 30 лет, потому что храмы и церкви будут открыты круглосуточно. Голоса говорят, что мой сын Володя родился 12 сентября, поэтому он находится на солнце, вход на солнце с левой стороны, а нам надо построить «свой рай земной — коммунизм».

Квалифицировать заболевание и его форму..

Перечислите психопатологические симптомы и синдромы.

Установите диагноз заболевания, тактику лечения

### **Эталон ответа**

Шизофрения, параноидная форма. Парафренный синдром

## **Цели лечения**

Обратное развитие психопатологических нарушений, обусловивших госпитализацию, достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента, подбор поддерживающей психо(фармако)терапии.

## **Тактика лечения**

**Немедикаментозное лечение:** режим наблюдения назначается в соответствии с приказом МЗ РК №15 от 06.01.2011. Комплаенс терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

## **Медикаментозное лечение**

Основная терапия - нейролептические препараты.

Дополнительная терапия – антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимические препараты - назначение данных средств является симптоматическим и определяется особенностями клинической картины.

Общие принципы терапии нейролептиками:

- рекомендуется монотерапия атипичным нейролептиком (внутрь);
- минимальный курс для оценки начального эффекта монотерапии – 10 дней;
- при отсутствии эффекта монотерапии атипичным нейролептиком рекомендуется курсовое применение 2-х атипичных нейролептиков разной химической структуры;
- при отсутствии эффекта применения 2-х атипичных нейролептиков рекомендуется лечение «классическими» нейролептиками. При необходимости - проведение серий «одномоментных отмен»;
- назначение одновременно 3-х и более нейролептиков не рекомендуется;
- не рекомендуется назначение двух и более нейролептиков одной химической структуры;
- присоединение корректоров терапии (тригексифенидила) рекомендуется только после манифестации побочных эффектов терапии.

## **Тема 10**

### **Задача 1**

Большая А., 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, повышено интересуется своим здоровьем.

После прослушивания популярной лекции о раке «запала в память вирусная теория рака», постоянно возникали мысли о возможности заражения, «мысли не отпускали, мучили, мешали». Внезапно узнала у подруги, что ее мать больна раком. Почувствовала себя плохо, испытывала страх, быстро ушла домой, где долго мыла руки, «пока не успокоилась». Вскоре страх стал возникать после каждого прикосновения подруги, боялась заразиться раком, «мысли не исчезали, преследовали, мучил страх»; пользовалась любым предлогом, чтобы вымыть руки. Через месяц стала испытывать страх при прикосновении и других людей к ее рукам; позже перестала пользоваться предметами, если ими пользовался сослуживец с «грязными руками». Понимает всю необоснованность, нелепость своих страхов. Самостоятельно обратилась в клинику с просьбой о лечении.

Квалифицировать состояние. Установите диагноз заболевания, тактику лечения

### **Эталон ответа**

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство)

При подозрении наличия ОКР следует проводить дифференциальный диагноз с различными формами тревожно-фобических и связанных со стрессом расстройств, депрессивным эпизодом, тиками, ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности, расстройствами приема пищи, импульсивными действиями при расстройствах

Всем пациентам с установленным диагнозом ОКР рекомендуется психофармакотерапия (ПФТ) и (или) психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ЭРТ) с целью коррекции обсессивных и компульсивных симптомов. Большая часть пациентов положительно реагирует на один из этих методов лечения или их комбинацию, однако, у 40-60% пациентов сохраняются резидуальные (остаточные) симптомы даже после адекватных по продолжительности и интенсивности (дозированию) курсов лечения

Лекарственные средства первого выбора включают серотонин-поведенческие антидепрессанты, в первую очередь, СИОЗС. Препараты этой группы показали в неоднократно реплицированных РКИ хорошую эффективность в отношении симптомов ОКР (циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, пароксетин, флуоксети, сертралин)

## Тема 11

### Задача 1

Пациент 30 лет. В возрасте 25 лет один из приятелей убедил его попробовать амфетамины. После внутривенной инъекции 20 мг он почувствовал себя могучим, всемогущим. Через некоторое время постоянного употребления он понял, что уже не может остановиться. Постоянно думал о том, как бы достать наркотик, повышал дозы. Когда не мог достать, наступали сонливость и раздражительность. Жена догадалась, что он наркоман, убеждала его остановиться. За два месяца до госпитализации в психиатрическую больницу пациент потерял работу. Лишившись доходов, был вынужден перейти от ежедневных инъекций наркотика к случайным, наконец прекратил его употребление полностью после угрозы развода. Без наркотика он чувствовал себя очень усталым, выглядел угрюмым. Несколько недель спустя он сказал жене, что слышит, как торговцы наркотиками разговаривают о нем на улице, стал напряженным и тревожным. Запирал на замки двери и окна, перестал есть, так как опасался отравления. Состояние при осмотре. Выглядит молчаливым и замкнутым, на вопросы отвечает коротко. Настроение равнодушное, несмотря на то, что он ощущал себя преследуемым бандой продавцов наркотиков, которые время от времени говорили о нем или обращались к нему. Пациент в ясном сознании, полностью ориентирован и не обнаруживает заметных изменений интеллекта. Физический осмотр, включая неврологическое обследование, не выявил отклонений от нормы, за исключением следов инъекций на левой руке — результат потребления амфетамина. ЭЭГ в норме. Пациента лечили галоперидолом (6 мг в день). Через две недели симптомы исчезли, и он был выписан из больницы. Больше на лечение не поступал.

Определить синдром и заболевание.

Наркомания вследствие приема стимуляторов. Острый параноид.

**Лабораторные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

общий анализ крови: возможно изменение лейкоцитарной формулы воспалительного генеза как реакция на гнойно-септические изменения кожи и мягких тканей, снижение уровня гемоглобина алиментарного и токсического генеза.

биохимический анализ крови: не имеют специфической картины и свидетельствуют об общих метаболических сдвигах (повышение креатинина, рост ферментных показателей печеночных проб);

иммунохимический анализ: в образцах мочи определяется содержание метаболитов амфетаминов.

**Инструментальные исследования** (для всех вышеуказанных синдромов):

ЭЭГ—признаки судорожной готовности в период абстиненции, возможны судорожные комплексы на 3-5 сутки абстиненции;

РЭГ, ЭхоЭГ, УЗИ: отмечаются изменения, соответствующие сопутствующей соматической патологии;

Эхо-КГ, ЭКГ: ишемические изменения в миокарде, нарушения ритма сердца.

**Дополнительное обследование:**

экспериментально-психологическая диагностика

по показаниям для дифференциального диагноза с эндогенными расстройствами (депрессия, невротические расстройства, шизофрения) и определения степени когнитивного дефицита (оценка мышления, памяти и внимания): низкий уровень интернальности, признаки акцентуации характера, признаки депрессии (изменения по шкале Бека), изменения по Шкале патологического влечения к наркотику Винниковой М.А.

**Немедикаментозное лечение:**

- режим общий;
- диета – стол №15.

**Психолого-психотерапевтическое лечение амбулаторный уровень:**

- информационно-образовательные лекции (профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулез, ИППП)
- мотивационное консультирование;
- психологическое консультирование (индивидуальное и групповое);
- семейное психологическое консультирование;
- психологическая коррекция (индивидуальная и групповая);
- психотерапия (индивидуальная и групповая);
- консультирование социального работника при оказании помощи для трудоустройства;
- терапия творческим самовыражением (арт-терапия);

· аутогенная тренировка, медитация, дыхательные методики, релаксационные техники, самомассаж.

#### **Медикаментозное лечение:**

Включает коррекцию поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде, противорецидивную терапию обострений патологического влечения. Лечение острой интоксикации тяжелой степени вследствие употребления других стимуляторов должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения (смотрите КП отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими средствами (взрослые и дети). В наркологических отделениях рекомендуется терапия средней и легкой степеней тяжести интоксикации.

Терапия острой интоксикации и абстинентного синдрома при употреблении других стимуляторов представляет собой детоксикационное, патогенетическое и симптоматическое лечение с применением традиционных подходов, направленных на нормализацию основных жизненно важных функций. Главная цель терапии – блокировать каскад патогенетических механизмов, сопряженных с высоким риском полиорганных осложнений.

**Антиконвульсанты:** для экстренного купирования неврологических нарушений в случае возникновения судорожных припадков, а также патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки, при наличии показаний доза препарата может быть увеличена, рекомендуется лабораторный контроль показателей крови. Приём антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения [20].

**Нейролептики:** наиболее часто предпочитаемыми нейролептическими препаратами для купирования резистентных форм психотических расстройств является кветиапин в средних терапевтических дозировках, до 20-400 мг/сут. Также используются: оланзапин (10-20 мг/сут), рисперидон 4-6 мг/сут. Приём антипсихотика рекомендуется продолжать в течение нескольких дней после купирования острой психопродуктивной симптоматики

**Антидепрессанты:** назначаются с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: флуоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя

**Седативные препараты:** для коррекции психических и диссомнических расстройств применяются бензодиазепины, в частности производные диазепамы до 40- 50 мг/сутки

## **Тема 12**

### **Задача 1**

**Перечислите медицинскую документацию, которую ведет врач –психиатр в психиатрическом диспансере.**

**Эталон ответа.**

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НА БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ ПОД АДН( АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ) ИЛИ НА АПНЛ (АМБУЛАТОРНОЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)**

Медицинская документация на больных, находящихся под АДН и АПНЛ включает следующие формы:

Учётная форма No 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью». Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью содержит сведения о больном, обратившемся за амбулаторной психиатрической, психотерапевтической или наркологической помощью (независимо от того, состоит он под диспансерным, профилактическим наблюдением или получает консультативно-лечебную помощь). Заполнение данной формы осуществляется в соответствии с Инструкцией по заполнению формы No 030-1/у-02 «Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью», утверждённой Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2002 No 420

«Об утверждении форм первичной медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений». Формы № 030-1/у-02 располагаются в общих картотеках психоневрологических диспансеров. Наряду с маркировкой группы динамического наблюдения, рекомендованной «Системой динамического диспансерного учёта и наблюдения психически больных» (утверждённой Министерством здравоохранения СССР 17 июня 1988 года № 10-111/ПС-88-9/ОП), данные формы маркируются флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН», либо «АПНЛ», либо формируются отдельным массивом с той же пометкой. Учётная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденная Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». Амбулаторные карты так же рекомендуется маркировать флажками красного цвета и пометкой в верхнем углу лицевой стороны карты «АДН» или «АПНЛ».

Учётная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента», утвержденная Приказом Федеральной службы государственной статистики (Росстата) от 22.11.2010 № 409 «Об утверждении Практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения».

Документация на больных, находящихся на принудительном лечении, выделяется в особое делопроизводство и хранится в условиях, делающих её недоступной для посторонних лиц и обеспечивающих её сохранность. К медицинской карте приобщаются: копия определения суда о назначении принудительного лечения или изменении его вида; копия акта судебно-психиатрической экспертизы или акта психиатрического освидетельствования; переписка администрации больницы с учреждениями и родственниками больного по поводу его психического состояния и социально-бытовым вопросам; медицинские справки и иные документы.

#### **4. Организация СРС**

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

#### **5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Психиатрия и наркология»**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Лабораторная и инструментальная диагностика в психиатрии.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
2	Оценка психического статуса и интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
3	Интерпретация данных осмотра пациента в психиатрической клинике, объем лабораторных, инструментальных и	Написание рефератов, презентаций, решение

	дополнительных методов исследования.	ситуационных задач
4.	Сбор жалоб, анамнеза у пациента в психиатрической клинике, специальные и дополнительные методы обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
5.	Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей) в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
6.	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов, их родственников или законных представителей	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
7.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
8.	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза,	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
9.	Медикаментозное и немедикаментозное лечение в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
10.	Назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
11.	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациента в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
12.	Ведение медицинской документации в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
	ИТОГО СРС 36	

#### **6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Психиатрия и наркология»**

##### **Для оценки рефератов:**

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

##### **Для оценки презентаций:**

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы



графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

**Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

## **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

### **1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Психиатрия и наркология»**

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

*Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:*

освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине **«Психиатрия и наркология»**

планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.

– самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.

– выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

*студент может:*

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

– самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;

– предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;

– в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;

– предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;

– использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;

– использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

### **2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.**

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

#### **Работа с книгой.**

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

#### **Правила самостоятельной работы с литературой.**

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

**Методические рекомендации по составлению конспекта:**

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

**Практические занятия.**

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

**Самопроверка.**

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

**Консультации**

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

#### **Подготовка к экзаменам и зачетам.**

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

#### **Правила подготовки к зачетам и экзаменам:**

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

#### **Правила написания научных текстов (рефератов):**

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
  - Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
  - Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
  - Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
  - Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.
- Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине

### 3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Психиатрия и наркология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Лабораторная и инструментальная диагностика в психиатрии.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
2	Оценка психического статуса и интерпретация результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
3	Интерпретация данных осмотра пациента в психиатрической клинике, объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
4	Сбор жалоб, анамнеза у пациента в психиатрической клинике, специальные и дополнительные методы обследования с целью диагностики и дифференциальной диагностики.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
5.	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
6.	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов, их родственников или законных представителей	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
7.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
8.	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза,	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
9.	Медикаментозное и немедикаментозное лечение в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
10.	Назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
11.	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у пациента в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач
12.	Ведение медицинской документации в психиатрической клинике.	Написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач

ИТОГО СРС 36	
--------------	--

**4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине«Психиатрия и наркология» в соответствии с п.б.**