

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»

Институт психологии
Кафедра клинической и
консультативной психологии

(рег. № УМЗР-01/НМ-2019 от 22.10)
дата

СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой
Е.С. Боброва
«10» сентября 2019



ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ»

для специальности 1-03 04 03 Практическая психология

Составитель: Солодухо В.В. старший преподаватель кафедры клинической и консультативной психологии БГПУ.

Рассмотрено и утверждено
на заседании Совета БГПУ 19.11.2019 протокол № 4

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Скугаревский О.А., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии УО «Минский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор;

Мисюк М.Н., доцент кафедры педагогики и психологии УО «Белорусский государственный экономический университет», кандидат медицинских наук, доцент.

РЕКОМЕНДОВАН К УТВЕРЖДЕНИЮ:

Кафедрой клинической и консультативной психологии Института психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка» (протокол № 3 от 16.10.2019 г.)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Пояснительная записка

1. Теоретический раздел ЭУМК

Краткий конспект лекций

2. Практический раздел ЭУМК

План семинарских занятий

Задания к семинарским занятиям

3. Раздел контроля знаний ЭУМК

Перечень используемых средств диагностики

Примерный перечень заданий УСРС

Вопросы для самопроверки

Примерные тестовые задания для итогового контрольного мероприятия

Правила и требования, предъявляемые к выполнению письменных студенческих работ (рефератов)

Вопросы к зачету

Критерии оценки знаний и компетенций студентов по дисциплине

4. Вспомогательный раздел ЭУМК

Учебная программа по учебной дисциплине «Основы психиатрии» учреждения высшего образования для специальности: 1 – 03 04 03 Практическая психология

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы студентов

Список рекомендуемой литературы

Глоссарий

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Настоящий электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК) по учебной дисциплине «Основы психиатрии» предназначен для преподавателей и студентов БГПУ дневной и заочной форм получения образования, обучающихся по специальности 1-03 04 03 «Практическая психология».

Целью ЭУМК по дисциплине «Основы психиатрии» является управление и содействие рациональной учебной деятельности студентов по развитию их профессиональной компетентности как специалистов в области психологии и психиатрии.

К основным функциям ЭУМК относится:

- раскрытие требований к содержанию дисциплины «Основы психиатрии», к образовательным и профессиональным результатам подготовки студента как будущего специалиста-психолога;

- обеспечение эффективного освоения студентами теоретического и практического учебного материала по дисциплине «Основы психиатрии»;

- объединение в единое целое различных дидактических средств обучения, обеспечение преемственности и междисциплинарных связей в процессе освоения учебной дисциплины.

В основу разработки ЭУМК положены принципы научности, системности, рефлексивно-деятельностного подхода, практической направленности обучения. Теоретические основы комплекса базируются на таких отраслях психологической науки как «Общая психология»; «Психофизиология и нейропсихология» «Психология развития», «Психодиагностика», «Дифференциальная психология».

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Основы психиатрии» в своей структуре включает следующие **разделы**:

Теоретический раздел ЭУМК содержит содержание дисциплины, примерный учебно-тематический план лекционных занятий и опорный конспект лекций.

Практический раздел ЭУМК содержит план семинарских занятий, задания и примеры ситуационных задач для занятия, материалы для самоконтроля и творческие задания.

В раздел контроля знаний включены план управляемой самостоятельной работы студентов, в котором отражено достаточное разнообразие форм контроля знаний, вопросы к зачету, для самопроверки, критерии оценки знаний и компетенций студентов, требования к письменным работам, а также тест контроля знаний для текущей аттестации студентов разной степени сложности.

Вспомогательный раздел ЭУМК представлен: учебной программой по учебной дисциплине, рекомендуемым списком основной и дополнительной литературы; приложениями, в которых представлены статьи для ознакомления и анализа.

В результате работы с ЭУМК студент должен:

знать: историю становления психиатрии, сущность, этиологию и патогенез психических расстройств, границы своей компетенции в оказании помощи психически больным людям, основную клиническую синдромологию психических и невротических расстройств с учетом современных классификаций;

- *уметь* использовать критерии выявления патологии психической деятельности анализировать общую картину возникающих изменений психической деятельности при различных патологиях психики.

- *владеть* дифференциацией психопатологических симптомов, синдромов, психических расстройств.

Форма получения высшего образования: дневная, заочная.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

КРАТКИЙ КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

Лекция 1. Тема 1: Введение в психиатрию.

Цель: Введение студентов в сущность методологии психиатрии.

Ключевые понятия и термины: Исторические этапы, предмет, задачи, этиопатогенез, эпидемиология, диагноз.

Вопросы для рассмотрения:

1. История развития зарубежной и отечественной психиатрии.
2. Предмет, задачи и направления психиатрии.
3. Этиология, патогенез и эпидемиология психических расстройств.
4. Современные классификации психических расстройств: МКБ – 10, DSM-IV.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;

2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Вышш. шк., 2006;

3. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – М.: – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;

5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;

6. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;

7. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

Раздел 1

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ

Психиатрия – наука о диагностике, лечении и профилактике психических расстройств

Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами

Психическая болезнь – болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности: продуктивными (бред, галлюцинации, аффективные нарушения) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также общими изменениями личности

Психическое расстройство – клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ (по Ю.М. Кузнецову, 1999)

Наименование этапа	Период времени	Краткая характеристика
Эмпирический	До конца XVIII века (связано Ph. Pinel иной с душевнобольных)	Формирование представлений о психиатрических расстройствах отражаются в мифах, балладах, легендах, религиозных концепциях
Феноменологический	Конец XVIII-конец XIX века (до выделения E. Kraepelin первых нозологических форм)	Накопление представлений о симптомах и синдромах психических расстройств. Появление психиатрических клиник и кафедр. Первые научные разработки по лечению психических расстройств
Нозологический (после введения в 1992г. классификации МКБ-10, построенной на описательном, феноменологическом принципе, некоторые авторы говорят о переходе к «несерепетинскому» этапу развития)	С конца XIX века до настоящего времени	Изучение этиопатогенеза, клиники, динамики психических заболеваний. Широкое использование методов психотерапии и психофармакотерапии (после открытия в 1952 году психотропного действия амипазина).

ОСНОВНЫЕ ПАРАДИГМЫ (*) В ПСИХИАТРИИ

Наименование парадигмы	Краткая характеристика
Эмпирическая	Доминировала в древнейшие времена и античный период. Представления о психических расстройствах формировались как результат наблюдения за больными людьми и отражались в мифах, сказаниях, балладах и др.
Религиозно-мистическая	Доминировала в средние века. Отношение к больному определялось господствующими религиозными концепциями (на Западе, преимущественно, как к людям, одержимым злыми духами, дьяволами т.п.; в России, в основном, как к "блаженным", "божьим людям").

продолжение →

ОКОНЧАНИЕ

Наименование парадигмы	Краткая характеристика
Феноменологическая	Формирование связано со снятием Ph. Pinel цепей с душевнобольных (1792). Характеризовалась накоплением сведений о симптомах и синдромах психических расстройств, появлением первых психиатрических систематик и первых научных разработок по лечению психически больных.
Нозологическая	Связывается с выделением E. Kraepelin (90-е годы XIX века) первых нозологических форм. Характеризуется изучением особенностей клиники, динамики, терапии и профилактики отдельных психических заболеваний.

В связи с частичным отказом в последних классификационных версиях DSM и МКБ от нозологического принципа, некоторые авторы говорят о формировании новой («адаптационной») парадигмы в психиатрии.

* - парадигма - концептуально-теоретическая база науки

Основные разделы (направления развития) современной психиатрии

Наименование раздела	Предмет изучения
Общая психиатрия	Основные закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики, терапии и профилактики психических расстройств
Частная психиатрия	Отдельные психические заболевания (нозологические формы)
Психотерапия*	Использование психологических факторов в лечебном процессе
Наркология*	Влияние психоактивных веществ на состояние человека
Детская психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в детском возрасте
Психиатрия катастроф**	Особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях
Военная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у военнослужащих (в мирное и военное время)
Судебная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у последственных и осужденных
Психофармакология	Разработка психотропных лекарственных средств

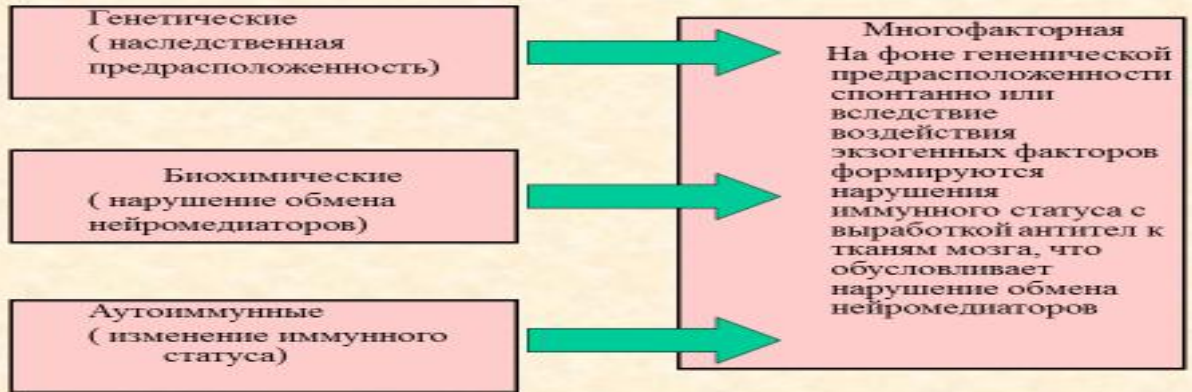
* - в последние годы в России выделяются в качестве самостоятельных медицинских дисциплин;

** - иногда авторами рассматриваются как разделы экстремальной психиатрии.

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

- Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- Чувство постоянства и идентичности переживаний в различных ситуациях;
- Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Этиология и патогенез психических заболеваний.



Лекция 2. Тема: Психопатология сенсорно-перцептивных процессов.

Цель: Раскрыть сущность психопатологии сенсорно-перцептивных процессов.

Ключевые понятия и термины: гипо-, гиперестезии, иллюзии, галлюцинации, обманы чувств, деперсонализация, дереализация, сенестопатии, методы диагностики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Расстройства сенсорных процессов.
2. Расстройства перцептивных процессов.
3. Психосенсорные расстройства.

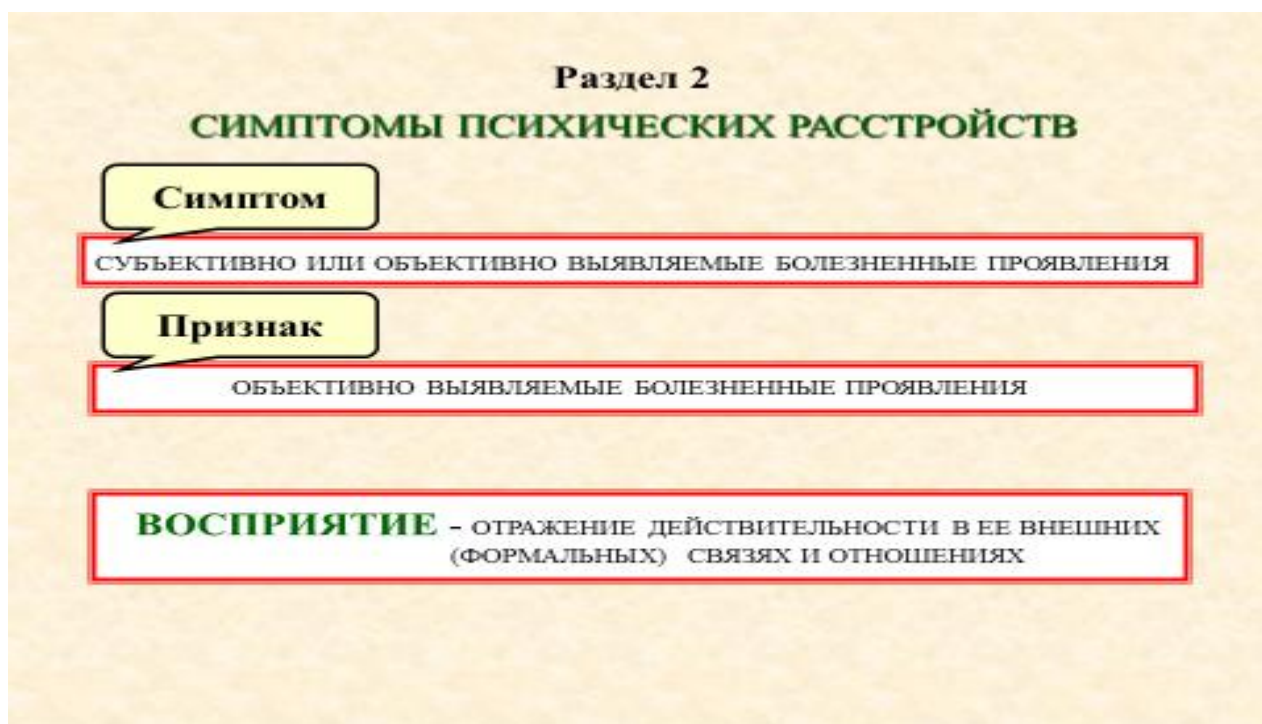
Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;

1. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;

2. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

3. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;





Дифференциальная диагностика истинных и ложных галлюцинаций

КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ			
Галлюцинации	Проявления патологических образов	Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов	Чувство насильственности, "сделанности", влияние извне
Истинные	в окружающее пространство ("вовне")	сохранена	отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	в субъективное пространство ("вовнутрь")	отсутствует	выявляется

Лекция 3. Тема: Психопатология мышления.

Цель: Раскрыть сущность психопатологии мышления.

Ключевые понятия и термины: ускорение, замедление мышления, темп, стройность, целенаправленность мышления, резонерство, ментизм, персеверации, бредовые идеи, сверхценные идеи, навязчивые идеи, методы диагностики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Расстройства динамической стороны мышления.

2. Нарушения логико-грамматической стороны мышления.
3. Расстройства содержательной стороны мышления.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов. Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
3. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
4. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;



Классификация бредовых идей



Лекция 4. Тема: Психопатология мнестической деятельности, внимания, воли и аффективной сферы.

Цель: Раскрыть особенности психопатологии мнестической деятельности и внимания, психопатологии воли, аффективной сферы и внимания.

Ключевые понятия и термины: рассеянность, повышенная отвлекаемость, инертность, патологическая сосредоточенность, апрозексия, гипо-, гипербулия, абулия, парабулии, гипо-, гипертимия, дисфория, эйфория, мория, амнезия, гипо-, гипермнезия, ретро-, антероградная амнезия, псевдореминесценции, кофабуляции и криптомнезии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Феноменология и этиопатогенез мнестических расстройств.
2. Феноменология и этиопатогенез расстройств внимания.
3. Феноменология и этиопатогенез волевых расстройств.
4. Феноменология и этиопатогенез аффективных расстройств.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
3. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

4. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

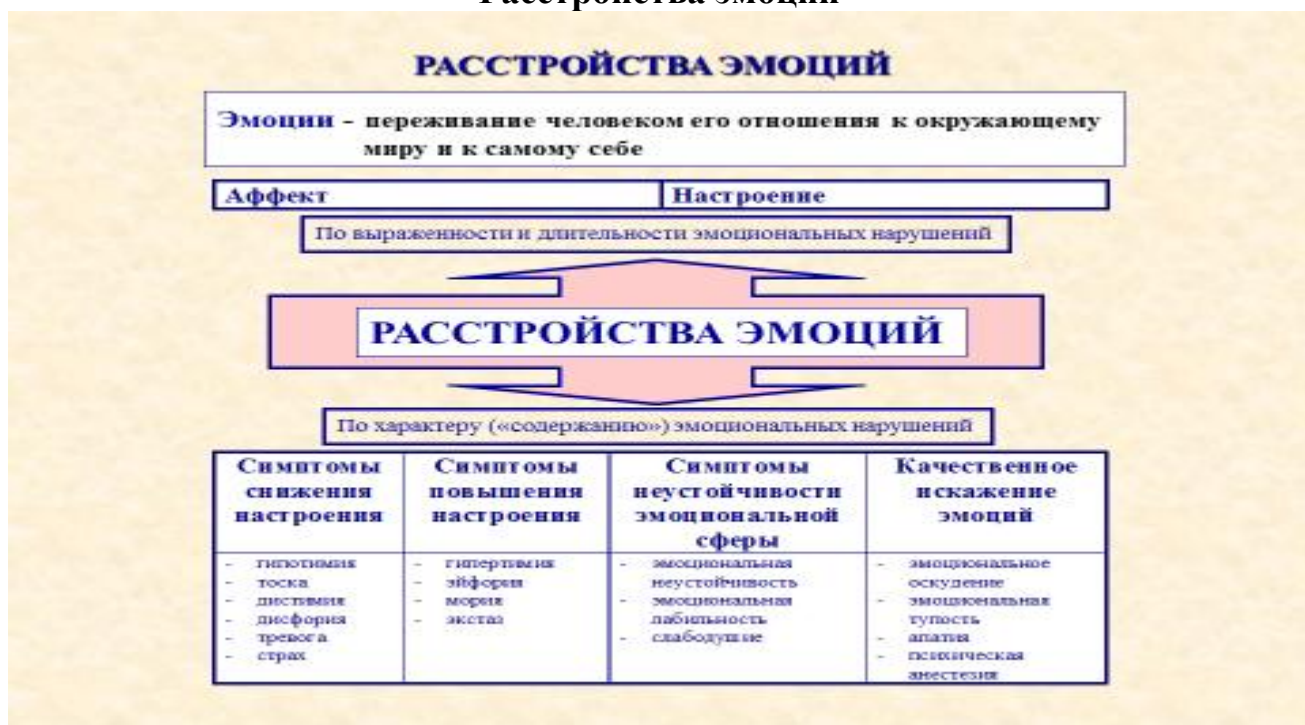


Расстройства внимания

Внимание - направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте

Симптомы	Краткая характеристика
Апрозекция	Полное отсутствие («выпадение») внимания
Гипопрозекция (расеянность)	Неспособность к сосредоточению внимания
Истощаемость	Неспособность к длительному сосредоточению внимания
Слабая распределяемость	Сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»)
Гиперметаморфоз (отвлекаемость)	Повышенная переключаемость внимания
Застреваемость (прикованность)	Сниженная переключаемость внимания

Расстройства эмоций



Лекция 5. Тема: Психопатологические синдромы.

Цель: Рассмотреть большие и малые синдромы; положительные и негативные симптомы в структуре синдрома.

Ключевые понятия и термины: симптом, синдром, динамика синдромов.

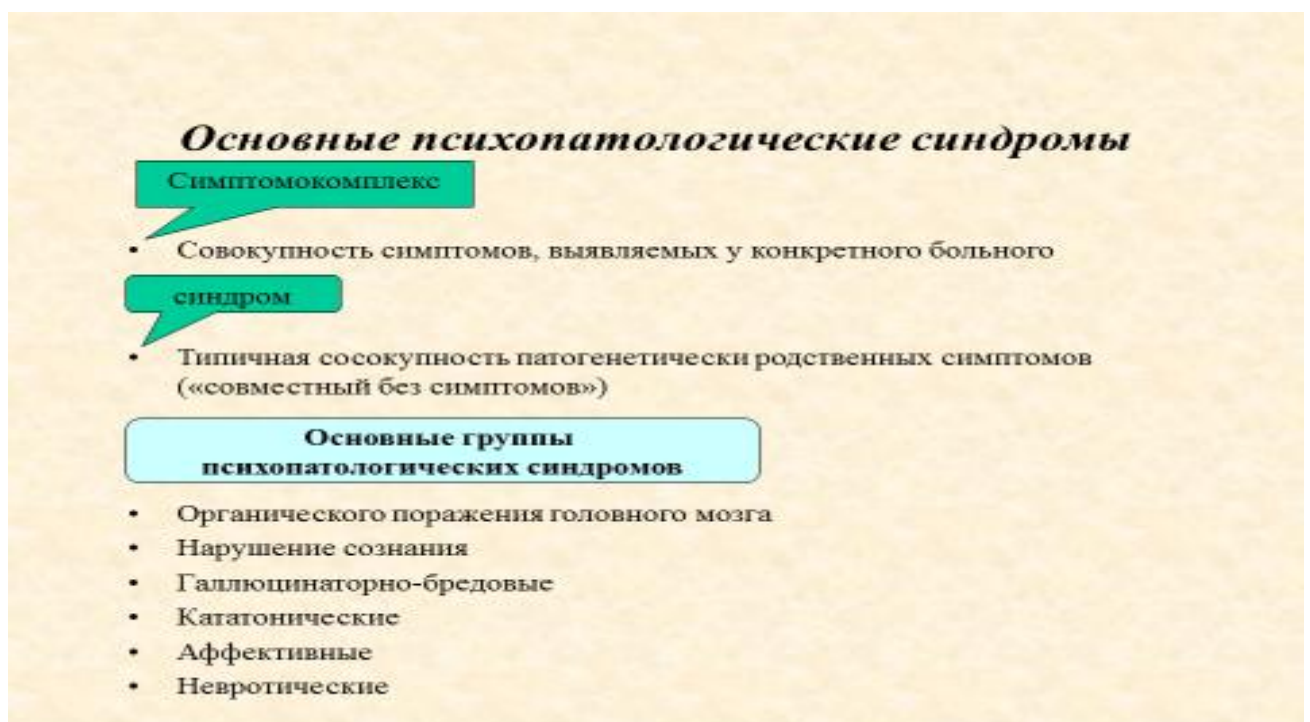
Вопросы для рассмотрения:

1. Неврозоподобные синдромы.

2. Бредовые синдромы.
3. Синдромы эмоциональных нарушений.
4. Синдромы расстройства сознания.
5. Синдромы двигательного-волевого нарушения.
6. Синдромы интеллектуально-мнестических расстройств.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
6. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;
7. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;



Астенический синдром («астеническая триада»)



Истерический синдром

1. Конверсионные расстройства
2. Диссоциативные расстройства
3. Истероидные особенности личности

Обсессивный синдром

1. Различные обсессивные проявления
2. «защитные» формы поведения
3. Психастенические особенности личности

Ипохондрический синдром (варианты, этапы)

1. астено-ипохондрический
2. Обсессивно-ипохондрический
3. Депрессивно-ипохондрический
4. Паранойяльный
5. Параноидный
6. Парафренный (синдром Котара)

Галлюцинаторно- бредовые синдромы

- Галлюцинозы
- Паранойяльный
- Параноидный
- Галлюцинаторно-параноидный
- Психического автоматизма(Кандинского-Клерамбо)
- Парафренный

Структура паранойяльного синдрома

- Интерпретивный бред
- Стеничность
- Гипермнезия
- Аффективная напряженность
- Обстоятельность мышления
- Повышенная самооценка

Этапы бредообразования

(по К.Конраду,1979)

- Трема
- Апофения
- Анастрофа
- Апокалипсис

(по К.Ясперсу,1923)

- Бредовое восприятие
- Бредовое представление
- Бредовое осознание

Структура парафренного синдрома

1. Нелепый бред преследования и воздействия
2. Бред величия
3. Фантастические конфабуляции
4. Эйфория

Галлюцинозы- истинных состояния,клиническая картина которых,практически, полностью исчерпывается наличием галлюцинаций.



СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

СИНДРОМ	Словесный контакт	Болевая чувствительность	рефлексы
оглушенность	+	+	+
сопор	-	+	+
кома	-	-	-

СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

<i>Выключение сознания</i>	<i>Помрачение сознания</i>	<i>Нарушение самосознания</i>
<ul style="list-style-type: none"> •Кома •Сопор •Оглушенность 	<ul style="list-style-type: none"> •Делирий •Онейроид •Аменция •Сумерочное помрачение сознания 	<ul style="list-style-type: none"> •Неадекватная самооценка •Дереализация •Деперсонализация •Психические автоматизмы •Бредовые расстройства самосознания •Распад самосознания

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Психопатологические проявления	«Поверхностные» нарушения сознания	«Глубокие» расстройства сознания
Нарушения восприятия	Утрата дифференциальности, избирательности, отчетливости («эпикритичности») отражения окружающего.	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорногаллюцинаторных обманов чувств.
Нарушения мышления	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего.	Бессвязность (инкогерентность) мышления, либо формирование вторичного (чувственного) бреда.
Нарушения ориентировки	Нарушение алопсихической ориентировки (прежде всего во времени).	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки.
Нарушения памяти	Неполные, отрывочные воспоминания.	Полная амнезия реальных событий.

Сравнительная характеристика делириозного и онейроидного синдромов.

ФАКТОРЫ	ПРИЗНАКИ	ДЕЛИРИЙ	ОНЕЙРОИД
Условия развития и особенности течения	Этиология	Экзогенная	Эндогенная
	Длительность	Часы-дни	Дни- недели
	Течение	Ундулирующие	Стабильное
	Время суток	Ночное	Не зависит
Форма и содержание переживаний	Галлюцинации	Истинные	Ложные
	Содержание переживаний	Микро-, макрозоопсии, профессиональные и бытовые сцены	Фантастичность мегаломаничность
	Временная проекция	Настоящее время	Прошлое, будущее
	Ассоциации	Фрагментарное	последовательные



Особенности «психоорганической триады» при некоторых заболеваниях

<i>Основной синдром</i>	<i>Заболевания</i>	<i>Преобладающие расстройства</i>
Корсаковский	Алкоголизм	Мнестические
Деменция	Атрофические заболевания головного мозга	Интеллектуальные
«Лобный»	Опухоли мозга	Аффективные

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка).
2. Ретро-, антероградная амнезия.
3. Конфабуляции
4. Эйфория

ДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ

ПРИБРЕТЕННОЕ СЛАБОУМИЕ

•Тотальный
•Парциальный

Особые виды деменции

•Шизофреническая
•Эпилептическая
•Психопатическая

Лекция 6. Тема: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

Цель: Описать психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных средств).

Ключевые понятия и термины: психические и поведенческие расстройства, алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные и снотворные средства.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.
2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов
3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.
4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств.

Литература:

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
2. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;

4. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;

5. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

6. Профилактика наркотизма: теория и практика под. Ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Научное издание. Монография, Самара, 2008.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ - расстройства, возникающие при употреблении ПАВ (одного или нескольких), степень выраженности которых может быть представлена от состояния простого опьянения до психотических расстройств и деменции.

•**Психоактивное вещество** (психоактивный – связанный с воздействием на настроение, сознание и поведение) – вещество, вызывающее при употреблении изменение психики: при однократном приеме вызывает эйфорию, другие желательные психотропные эффекты (с точки зрения потребителя), при систематическом приеме – психическую и физическую зависимость.

Наркотическое вещество – это химические соединения, которые входят в состав спиртных напитков, лекарственных веществ и пищевых продуктов.

Наркотик (наркотикос, греч. – усыпляющий) – категория наркотических веществ, специфически действующих на организм потребителя в целом и на его головной мозг, в частности. Это химические вещества растительного или синтетического происхождения, способные вызывать изменения психического состояния, систематическое употребление которых приводит к зависимости, также отвечающие 3 критериям:

1. Медицинскому – когда потребляемое средство, вещество или лекарственный препарат оказывают такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное), которое является причиной его немедицинского потребления.

2. Социальному – когда его немедицинское потребление (средства, вещества или лекарственного препарата) принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость.

3. Юридическому – когда уполномоченная государственной властью соответствующая инстанция (МЗ РБ), исходя из вышеуказанных первых 2 критериев, признала данное средство, вещество или лекарственный препарат наркотиком и включила его в официальный список наркотиков.

Острая интоксикация – транзиторное состояние, обусловленное употреблением ПАВ и приводящее к расстройству психофизиологического состояния потребителя (сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, других функций и реакций).

Психическая зависимость – потребность (осознанная или неосознанная) в употреблении ПАВ для снятия психического напряжения и достижения состояния психического (эмоционального) комфорта. Психическая зависимость, в первую очередь, характеризуется желанием употребить наркотик.

Физическая зависимость – состояние, возникающее при наличии психической зависимости и характеризующееся выраженными физическими расстройствами, при котором, в ответ на отмену приема ПАВ, развивается состояние отмены.

Толерантность – физиологическая способность организма переносить воздействие токсических доз ПАВ, определяемая максимальной дозой ПАВ, которая не вызывает выраженного опьянения (острой интоксикации).

Состояние отмены – группа симптомов (психических, вегетативных, соматических, неврологических) различного сочетания и степени тяжести, которые проявляются при прекращении приема ПАВ (полном или частичном) после длительного употребления его в высоких дозах.

Психотическое расстройство – расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления ПАВ, обычно в течение 48 часов, на фоне преимущественно ясного сознания, клиническим выражением которого являются яркие галлюцинации, обычно слуховые, нередко затрагивающие более одной сферы чувств, ложные узнавания, бредовые переживания параноидного или персекуторного характера, психомоторные расстройства в виде возбуждения или ступора и выраженный аффект, варьирующий от сильного страха до экстаза.

Амнестический синдром – выраженное хроническое нарушение памяти на недавние и, возможно, отдаленные события при сохранности непосредственного воспроизведения.

Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом – расстройства, возникающие вследствие потребления ПАВ, характеризующиеся изменением познавательных функций, личности или поведения и продолжающиеся после периода непосредственного действия ПАВ.

Наркотизм (аддиктивное поведение) – потребление наркотика и/или других ПАВ без формирования психической и/или физической зависимости. Прием наркотических или психотропных веществ может осуществляться как по назначению, так и без предписания врача.

Злоупотребление наркотиками – любое употребление наркотика, наносящее ущерб психическому и физическому состоянию потребителя, "правоспособности" и социальному положению потребителя и лиц, испытывающих воздействие со стороны потребителя.

Наркогены – природные продукты, химические соединения и физические явления (электромагнитные излучения), способные оказывать наркоподобное действие на нервную систему живых организмов.

Наркобизнес – экономическая деятельность, связанная с культивированием, производством и торговлей наркосредствами, психотропными или сильнодействующими веществами с целью получения прибыли.

Незаконный оборот наркотиков – запрещенные законом действия (бездействие), начиная от производства наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ и завершая их сбытом.

Незаконное распространение наркотиков – это совокупность незаконного оборота и злоупотребления наркотическими средствами, психотропными или сильнодействующими веществами.

Одурманивающие вещества (дурманящие средства) имеют тройной смысл. Во-первых, это средства, вещества или лекарственные формы (за исключением наркотиков и психотропных веществ), прием которых влечет за собой состояние, аналогичное наркотическому возбуждению. В других случаях, это известные природные продукты и химические соединения с наркоподобным действием. Третий вариант предполагает строго ограниченный список веществ, названных одурманивающими.

Сильнодействующие вещества – природные продукты и химические соединения, отличающиеся от наркотических средств и психотропных веществ более мягким юридическим контролем.

Токсические вещества (ингалянты) – средства бытовой химии и технические жидкости (органические растворители, бензин, ацетон, толуол и т.д.), которые используют в качестве ингалянтов для достижения наркоподобного (токсикоманического) состояния.

Наркомания – болезнь, обусловленная систематическим потреблением наркотиков, проявляющаяся синдромом измененной реактивности, психической и физической зависимостями, также другими психотическими и социальными феноменами.

Синдром измененной реактивности – симптомокомплекс, включающий изменение толерантности к ПАВ, формы его потребления, картины опьянения (острой интоксикации) и утрату защитных реакций на интоксикацию.

Эйфория – неадекватное реальной действительности благодушное, повышено-радостное настроение.

Сенсибилизация – повышенная чувствительность организма к воздействию каких-либо веществ.

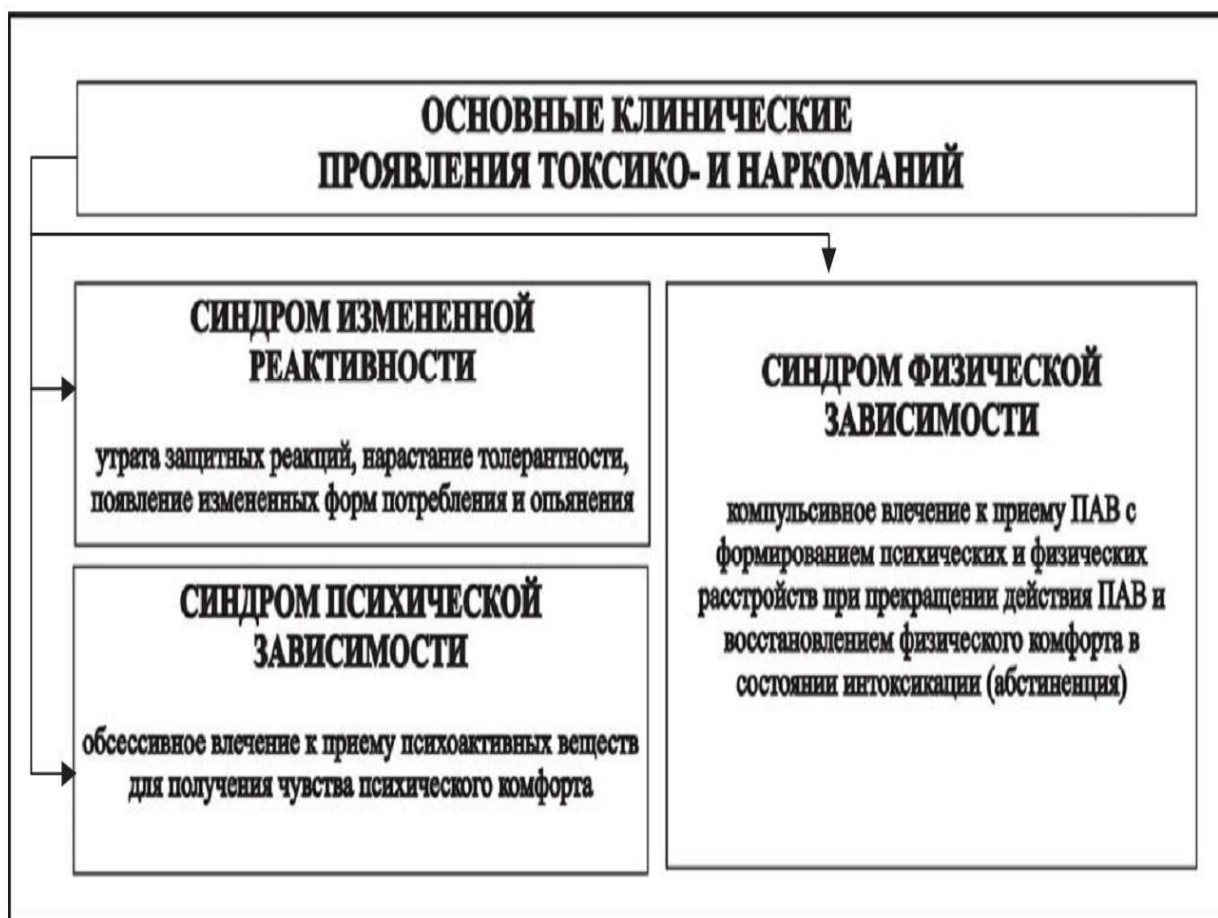
Интоксикация – отравление организма ядовитыми веществами.

Основные клинические проявления токсико- и наркоманий

Синдром измененной реактивности утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения

Синдром физической зависимости - импульсивное влечение к приему ПАВ с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (абстиненция)

Синдром психической зависимости - навязчивое влечение к приему психоактивных веществ для получения чувства психического комфорта



Диагностические критерии синдрома зависимости (по МКБ-10)

Должны быть три и более. Из числа следующих проявлений, отмечающихся одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются более короткие периоды, периодически повторяющихся в течение 12 месяцев

1. Сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества.
2. Нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем предполагалось, либо безуспешные попытки или постоянное желание сократить употребление вещества.
3. Состояние физиологической абстиненции при уменьшении или прекращении приема вещества, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции.

4. Нарастание толерантности к веществу, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов, либо в том, что хронический прием одной и той же дозы приводит к явно ослабленному эффекту.

5. Озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества.

6. Устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при предполагаемом понимании природы и степени вреда.

АЛКОГОЛИЗМ

Основные психопатологические признаки хронического алкоголизма I (начальной) стадии

Синдром измененной реактивности	Синдром психической зависимости
<ul style="list-style-type: none">- повышение толерантности к этанолу- угасание защитного рвотного рефлекса- утрата контроля над количеством выпитого- измененные формы опьянения	<ul style="list-style-type: none">- навязчивые мысли об алкоголизации- эйфория до употребления спиртного- дистимия при невозможности алкоголизации- изменение способа алкоголизации (не имеют значения обстановка, компания, «повод»)

Дифференциальная диагностика хронического алкоголизма II и III стадии

Признак		II стадия	III стадия
Толерантность		нарастание, плато	снижение
Обычные «дозы» спиртного	разовая	высокая	снижается
	суточная	высокая	не снижается
Запой		псевдозапой	истинные
Изменения личности		снижение	деградация
Соматические заболевания		«функциональные»	«органические»
Алкогольные психозы		острые	острые и хронические

Симптомы интоксикации психоактивными веществами и синдром отмены (по Н. Kaplan, В. Sadock, 1998)

Вещества	Интоксикация	Синдром отмены
Опиаты	<ul style="list-style-type: none"> - дремотное состояние - смазанная речь - нарушение внимания, памяти - анальгезия - анорексия - понижение сексуального влечения - снижение активности 	<ul style="list-style-type: none"> - настойчивые поиски препарата - тошнота, рвота - мышечные боли - слезотечение, ринорея - расширение зрачков - пилоэрекция (симптом «гусиной кожи») - потливость - диарея - лихорадка - бессонница - зевота

Вещества	Инттоксикация	Синдром отмены
Фенамин и кокаин	<ul style="list-style-type: none"> -потливость, озноб -тахикардия -расширение зрачков -повышение артериального давления -тошнота, рвота -тремор -аритмия -лихорадка -судороги -анорексия, снижение массы тела -сухость во рту -импотенция -галлюцинации -повышенная активность -раздражительность -агрессивность -бред 	<ul style="list-style-type: none"> -дисфория -утомляемость -расстройство сна -ажитация -настойчивые поиски препарата

Вещества	Инттоксикация	Синдром отмены
Седативные, снотворные и анксиолитические средства	<ul style="list-style-type: none"> -смазанная речь -нарушение координации -неустойчивая походка -нарушение внимания, памяти 	<ul style="list-style-type: none"> -тошнота, рвота -общий дискомфорт, слабость -вегетативные реакции -тревога, раздражительность -повышенная чувствительность к свету и звуку -крупноразмашистый тремор -бессонница -припадки

Частные формы токсикоманий

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
Психотомиметики	LSD, псилоцибин, фенциклидин и его производные: PSP, «Экстази» и др.	Внутривенно, внутрь (реже – транскутанно)	Формирование стойких астенических и апатоаблических расстройств, развитие шизофринических проявлений (ПЗ-+; ФЗ-±)
Транквилизаторы и антидепрессанты	Барбитураты, бензодиазепины, трех- и четырехциклические антидепрессанты	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких психоорганических и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ-+++; ФЗ-±)
Средства с антихолинэргическим действием	Циклодол, димедрол, астамол, белладонна и др.	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких астенических и интеллектуально-мнестических расстройств (ПЗ-+; ФЗ-+)
Эфирные растворители	Ацетон, бензин, бензол, хлороформ, толуол и др.	Ингаляционно (реже – аппликационно)	Формирование выраженных и стойких психоорганических (интеллектуально-мнестических) и эмоционально – волевых расстройств ПЗ-+++; ФЗ-+)

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
Коккаин	-	Внутривенно, интраназально	Относительно быстрое формирование психоорганических нарушений (ПЗ-+++; ФЗ-+)
Производные эфедрина	Эфедрин, первитин	Внутривенно	Формирование стойких астенических и шизоформных расстройств (ПЗ-+++; ФЗ-+)
Амфетамины	Фенамин, сиднокарб и др.	Внутривенно, внутрь	Развитие стойких астенических расстройств, затяжных шизоформных психозов (ПЗ-+++; ФЗ-+)
Производные каннабиса	Гашш, анаша, марихуана, план, чарс и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Быстрое формирование «амотивационного» и психоорганического синдромов, обострение латентной психической патологии (ПЗ-++; ФЗ-+)
Опиаты и опиоиды	Морфин, кодеин, героин, промедол, омнопон, метадон, фентанил и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Заострение и огрубление преморбидных черт, психопатизация, быстрое нарастание психоорганических (интеллектуально-мнестических) расстройств (ПЗ-++; ФЗ-+)

Выраженность психической (ПЗ) и физической (ФЗ) зависимости:
«±»-легкая, «+»-умеренная, «++»-выраженная, «+++»-крайневыраженная

Лекция 7. Тема: Шизофрения, расстройства, близкие к шизофрении

Цель: Рассмотреть шизофрению, шизотипические расстройства.

Ключевые понятия и термины: шизофрения, формы шизофрении, шизотипическое расстройство.

Вопросы для рассмотрения:

1. Шизофрения и ее формы.
2. Шизотипические расстройства.
3. Хронические бредовые расстройства.

4. Индуцированные бредовые расстройства.
5. Шизоаффективные расстройства.
6. Другие неорганические психотические расстройства.

Литература:

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
2. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
6. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
7. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;
8. Фулер, Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб., 1996.

Шизофрения – прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся типичными изменениями личности и своеобразным дефектом.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность шизофрении в мире оценивают, в зависимости от принятых критериев и принципов регистрации, в пределах 0,5-1,6% (Jablensky A., 1995; Saha et al., 2005). Шизофренией страдают около 55 млн человек в мире, число новых случаев в год превышает 5 млн.

Модальный возраст начала болезни для мужчин - 18-25, для женщин - 25-30 лет. Имеются данные, указывающие на значительное материальное бремя шизофрении для общества (0,2% внутреннего валового продукта). До 40% бюджета на оказание психиатрической помощи в нашей стране

Клиника шизофрении

«НЕГАТИВНЫЕ» (Дефицитарные) расстройства

1. структурные расстройства мышления (разорванность, резонерство, разноплановость)
2. симптомы качественного искажения эмоций

3. расстройства воли (амбивалентность, амбитендентность, гипобулия, негативизм)

4. расстройства личности (аутизм, снижение энергетического потенциала)

ПОЗИТИВНЫЕ» (продуктивные) расстройства

1. галлюцинаторно-бредовые расстройства

2. кататонические явления

3. гебефреническая симптоматика

4. аффективно-бредовые расстройства

Шизофрения: симптомы первого ранга по К. Шнайдеру (по Р. Шейдеру, 1998)

1. Открытость мыслей - ощущение того, что мысли слышны на расстоянии

2. Чувство отчуждения - ощущение того, что мысли, побуждения и действия исходят из внешних источников и не принадлежат больному

3. Чувство воздействия - ощущение того, что мысли, чувства и действия навязаны некими внешними силами, которым необходимо пассивно подчиняться

4. Бредовое восприятие - организация реальных восприятий в особую систему, часто приводящая к ложным представлениям и конфликту с действительностью

5. Слуховые галлюцинации - ясно слышимые голоса, исходящие изнутри головы (псевдогаллюцинации), комментирующие действия или произносящие мысли больного. Больной может «слышать» короткие или длинные фразы, невнятное бормотание, шепот и т.д.

Классификация шизофрении

По типу течения (прогредиентности)

1. Непрерывный

- юношеский злокачественный
- малопрогредиентный
- среднепрогредиентный

2. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)

- с галлюцинаторно-бредовыми приступами
- с аффективно-бредовыми приступами
- с депрессивно-деперсонализационными приступами

3. Периодический (рекуррентный)

- шизоаффективный
- кататоно-онейроидный
- фебрильный (гипертоксический)

По клиническим формам

1. гебефреническая - негативные гебефренические расстройства

2. простая - негативные расстройства негативные и галлюцинаторно-бредовые расстройства

3. параноидная - негативные и аффективно-бредовые расстройства

4. циркулярная - негативные и кататонические расстройства

5. кататоническая - кататонические расстройства и выраженные явления аутоинтоксикации.

Критерии диагностики (по МКБ-10) параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении

На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

Перечень 1:

1. «эхо» мысли, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;
2. бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие;
3. галлюцинаторные «голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных «голосов», исходящих из какой-либо части тела;
4. стойкие бредовые идеи, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами).

Перечень 2:

1. галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания;
2. неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
3. явления кататонического ступора или возбуждения;
4. «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или терапией нейролептиками).

Наиболее часто используемые критерии исключения:

1. Если клинические проявления соответствуют также критериям аффективных расстройств, приведенные критерии перечня 1 или перечня 2 должны выявляться до развития расстройств настроения.
2. Расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены, в МКБ-10 выделяются также постшизофреническая депрессия, резидуальная шизофрения и простая шизофрения.

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства (по МКБ-10)

1. Соответствие критериям аффективных расстройств умеренной или тяжелой степени выраженности

2. В течение большей части времени двухнедельного периода отчетливо отмечается хотя бы один из симптомов «а», «б», «в», «г» перечня 1 или симптомов «б», «в» перечня 2 критериев диагностики шизофрении

3. Критерии групп А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какой-то период одновременно

4. Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены

Диагностические критерии шизотипического расстройства (по МКБ-10)

На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

1. неадекватный или суженный эффект, больной выглядит холодным и отчужденным;

2. странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;

3. обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;

4. странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающее влияние на поведение и не согласующиеся с субкульту-ральными нормами;

5. подозрительность или параноидные идеи;

6. обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

7. необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;

8. аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью (или другим образом) без выраженной разорванности;

9. редкие транзиторные психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации;

10. никогда не отмечались диагностические критерии шизофрении.

Диагностические критерии бредового расстройства (по МКБ-10)

1. Наличие бреда или системы взаимосвязанных бредовых идей за исключением тех, которые были указаны в пунктах б) и г) перечня 1 критериев группы А. шизофрении (т.е. за исключением совершенно невозможных по содержанию или культурально неадекватных).

Наиболее частые примеры: бред преследования, величия, ипохондрический, ревности или эротический

2. Бред (критерий А) должен наблюдаться минимум 3 месяца

3. Не выполняются общие критерии шизофрении

4. Не должны отмечаться хронические галлюцинации любого вида (но могут быть транзиторные или редкие галлюцинации слуха, при которых больной

не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера)

5. Время от времени могут выявляться депрессивные симптомы, но при этом бредовые идеи сохраняются и в то время, когда расстройства настроения не отмечаются

6. Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга или употреблением психоактивных веществ

Лекция 8. Тема: Аффективные расстройства (расстройства настроения).

Цель: Проанализировать аффективные расстройства (расстройства настроения).

Ключевые понятия и термины: депрессия, мания, биполярное аффективное расстройство, сезонное аффективное расстройство, методы диагностики.

Вопросы для рассмотрения:

1. Маниакальный эпизод.
2. Биполярное аффективное расстройство.
3. Депрессивный эпизод.
4. Рекуррентное депрессивное расстройство.
5. Хронические аффективные расстройства.

Литература.

1. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;

2. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;

3. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко. – СПб.:ИКФ «Фолиант», 2011. — с. 192;

4. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

5. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

Большой депрессивный эпизод

Депрессивный синдром.	Триада: патологически пониженное настроение (дистимия), замедление ассоциативного процесса и двигательная заторможенность. Выраженность расстройств различна. Диапазон гипотимии – от легкой подавленности, грусти до глубокой тоски,
------------------------------	--

	<p>при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках – прошлое, настоящее и будущее. Тоска иногда воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди «предсердная тоска». Замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы носят односложный характер и имеют длительные паузы. Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений, речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны. Больные могут подолгу оставаться в одной позе. В ряде случаев заторможенность достигает полной обездвиженности (депрессивный ступор). Депрессивные больные, испытывая мучительное тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспективность существования, высказывают суицидальные мысли. Иногда двигательная заторможенность сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус). Больной внезапно вскакивает, бьется головой о стену, царапает себе лицо, проявляет аутоагрессию. Если больного удастся удержать, то приступ ослабевает и снова наступает заторможенность. Значительно нарушается сон в виде трудностей засыпания, его поверхностности, сверхчуткости и наличия тревожных сновидений мрачно-устрашающего характера. Весьма типичен и так называемый феномен «раннего пробуждения», когда больной просыпается в 2 — 3 часа ночи и более не может уснуть. вместо переживания тоски при депрессии может возникнуть состояние «эмоционального бесчувствия». Близкие люди не вызывают никаких чувств. Этот синдром может сопровождаться выраженными вегетативно-соматическими нарушениями: тахикардией, колебаниями АД, нарушениями со стороны ЖКТ, потерей аппетита, снижением массы тела.</p>
--	--

Аффективные синдромы развиваются при маниакально-депрессивном психозе, при шизофрении, органическом поражении головного мозга, инфекционных заболеваниях, интоксикациях.

Выделяют варианты депрессивного синдрома.

Меланхолическая (простая) депрессия	Угнетенное настроение, медленное течение мыслей и двигательная заторможенность. Инстинкты и влечения нарушены. Для меланхолической депрессии не характерны тревога и страх. Отмечается при эндогенных заболеваниях.
Тревожная	Характеризуется выраженной тревогой, страхом, ожидание

(ажитированная) депрессия	неизбежного несчастья или трагедии для себя и родственников. Больные двигательльно расторможены, не находят себе места. Если двигательное возбуждение достигает максимума, больные мечутся по отделению, громко стонут, наносят себе повреждения (ажитированная депрессия с высоким суицидальным риском). Встречается при сосудистых и инволюционных психозах .
Ипохондрическая депрессия	Ипохондрические идеи о наличии неизлечимых тяжелых заболеваний или необратимых патологических процессов внутренних органов вплоть до полного их отсутствия (нигилистический бред).
Анестетическая депрессия	Больные начинают жаловаться на чувство потери любви к самым близким людям (родителям, детям, братьям, сестрам). У больных, по их мнению, теряются все чувства, остается лишь чувство потери чувств (чувственная бесчувственность — <i>anaesthesia psychica dolorosa</i>). Больные вялы, безучастны, не высказывают жалоб, не вступают в контакт. Единственное желание – чтобы их не трогали.
Апатическая депрессия	Значительное ослабление всех побуждений и желаний (вялость, безразличие к себе и окружающим, ничем не занимаются, сутками находятся в постели, безразличие к еде из-за резкого снижения пищевого инстинкта). Отмечается при эндогенных заболеваниях .
Маскированная депрессия	Различные вегетативные и соматические симптомы (утром больше, вечером меньше). Тоска внешне не выражена, больные, предъявляют жалобы на расстройство ССС, различные болевые ощущения в области желудочно-кишечного тракта и т.д. Эти жалобы и маскируют депрессивную симптоматику. Известно, что при депрессии всегда есть те или иные соматические проявления как ее следствие. При маскированной депрессии причина и следствие совпадают. Только назначение антидепрессантов способствует редукции подобной «соматической патологии». Встречается при аффективных и психосоматических расстройствах .
Бредовая депрессия	«Синдром Котара». Депрессия с наличием нигилистического бреда с утверждение отсутствия одного или нескольких органов или бреда отрицательной исключительности с утверждением, что больной страшный и неисправимый преступник, буде жить вечно и страдать.

Маниакальный эпизод.

Маниакальный синдром Мания (от греч. <i>mania</i>)	Эпидемиология. Маниакальные эпизоды редко наблюдаются в детском возрасте, чаще встречаются у подростков. Однако точные эпидемиологические данные
---	---

<p>- безумие, восторженность, страсть)</p>	<p>отсутствуют. Маниакальные эпизоды чаще всего оказываются фазой биполярного аффективного расстройства.</p> <p>Маниакальная триада: - патологически повышенное настроение (эйфория), ускорение ассоциативного процесса и двигательная расторможенность. Выраженность расстройств различна: ускорение ассоциативной деятельности колеблется от незначительного облегчения до «скачки идей»; повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения. Для данного синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца. Беседа с ним непродуктивна из-за постоянных отвлечений на внешние события или возникающие ассоциации, которые весьма поверхностны. Больные обычно не предъявляют жалоб, они испытывают душевный подъем, прилив физических сил. Женщины, независимо от возраста, уверены в своей привлекательности, считают, что все в них влюблены. Больные всячески украшают свою внешность, сочиняют стихи, музыку, поют, рисуют. Повышено чувство собственного достоинства, считают себя способными на многие дела. У больных наблюдается речевое возбуждение, говорят много, быстро и громко. Через несколько дней голос становится хриплым. В ряде случаев не могут полностью высказать мысль из-за отвлекаемости, не договаривают фразы или выкрикивают отдельные слова. Ускорение ассоциативной деятельности проявляется и на письме - недописанные фразы или написание только отдельных слов. Аппетит повышен, едят с жадностью, плохо пережевывают пищу. Половое влечение усилено, легко вступают в контакты, женятся. При маниакально-депрессивном психозе, шизофрении, интоксикациях.</p>
--	--

Варианты маниакального синдрома:

Радостная мания	Классический маниакальный синдром
Гневливая мания	Вспыльчивость, раздражительность, агрессивность, конфликтность.
Маниакально-параноидный вариант	Маниакальный синдром с бредовыми идеями отношения и преследования.
Бредовый вариант	Бред величия, собственной положительной исключительности. Бредовые идеи чаще связаны с профессиональной деятельностью больного.
Онейроидная мания	На высоте синдрома появляются нарушения сознания по онейроидному типу с фантастическими галлюцинаторными переживаниями.

Биполярное аффективное расстройство.

Психическое расстройство личности, проявляющееся аффективными состояниями: маниакальными и депрессивными, а также смешанными состояниями,

при которых у больного наблюдаются признаки депрессии и мании одновременно, например, тоска с взвинченностью, беспокойством, или эйфория с заторможенностью. Эти состояния периодически в виде фаз сменяют друг друга непосредственно или через светлые промежутки без или почти без снижения психических функций даже при большом числе перенесенных фаз и любой продолжительности болезни.

Распространенность колеблется от 0,4 до 3,23% населения. В РБ – 1-2 %. Этиология заболевания неясна. Основные теории две: наследственная и аутоинтоксикация (нарушения эндокринного баланса, нарушения водно-электролитного баланса).

Дебют БАР приходится на молодой возраст – 20-30 лет. Расстройство может ограничиться только одной фазой за всю жизнь, может проявиться только маниакальными или депрессивными фазами или их сменой с правильными или неправильными чередованиями.

Длительность фаз колеблется от нескольких недель до 1,5-2 лет (в среднем 3-7 мес), длительность светлых промежутков составляет 3-7 лет; светлый промежуток может совсем отсутствовать. Атипичность фаз может проявляться непропорциональной выраженностью стержневых (аффективных, моторных, идеаторных) расстройств, неполным развитием стадий внутри одной фазы, включением в психологическую структуру фазы навязчивых, сенестопатических, ипохондрических, галлюцинаторных и кататонических расстройств.

Биполярное аффективное расстройство (БАР)

Депрессия является общемедицинской проблемой. В течение жизни 20% всего населения Земли перенесут депрессию, требующую психотерапевтического или фармакологического лечения.

Депрессивные состояния склонны к затяжному течению (терминологически о депрессии начинают говорить при длительности состояния более 6 мес.). По сравнению с другими состояниями, при депрессии наиболее велик риск суицида, причем это суициды с высоким показателем летальности.

Депрессии имеют полигенную природу. Депрессия – это универсальная реакция психики на эндогенные или экзогенные причины. Соматические заболевания, органические поражения головного мозга, неприятные жизненные ситуации, наследственность.

В 90% случаев пациенты с депрессией обращаются к врачам общей практики, поэтому любой врач должен иметь представление об этом состоянии.

БАР – заболевание с периодическим течением, при котором чередуются маниакальное и депрессивное состояние.

Депрессивная фаза (стадия)

Триада симптомов

1. Болезненно сниженное настроение (гипотимия) в течение более 2 недель. Дифференцировать с «обычной печалью» можно по следующим признакам:

□ Агедония – утрата способности переживать положительные эмоции или притупление положительных эмоций («и оргазм уже не тот, что был...»).

□ Витализация аффекта – эмоциональное состояние выражается в определенных физических ощущениях. Пример – ощущение «камня на душе».

Больные сами подчеркивают качественное отличие гипотимии от «бытовой печали».

2. Болезненно замедленный тип мышления (идеаторная заторможенность).

Субъективные переживания: жалобы на трудности при подборе слов в формировании фраз в разговорной речи. Пациенты характеризуют свое состояние как «пустая голова», «вялые, тягучие мысли».

Объективно: уменьшение речевой продукции в единицу времени (длинная пауза перед ответом, ответ на первый вопрос после задавания второго). Речь односложна, бедна; позиция в беседе пассивная – ответы могут ограничиваться фразами «Да» и «Нет».

3. Моторная заторможенность. Выделяют три степени тяжести:

Легкая степень – утрата навыков выполнения привычных движений, неуклюжесть.

Выраженная степень – сутулость, понурость, шаркающая походка.

Крайняя степень – депрессивный ступор.

Внешний вид больного депрессией характеризуется феноменом «ураганного старения»: если вы видели пациента до начала депрессивной фазы БАР, вам покажется, что он постарел на несколько лет. Причины такого изменения внешности: скорбная мимика, нарушение тонуса и тургора тканей лица. После выхода из депрессивной фазы пациент снова «молодеет».

Кроме трех основных симптомов существует еще ряд признаков депрессивной фазы БАР.

1. *Депрессивные мысли (навязчивые, сверхценные или бредовые).*

Идеи своей малоценности («моя жизнь прошла впустую»), не обусловленные ситуацией и длительные, не поддающиеся переубеждению.

Идеи безысходности и бесперспективности.

Идеи самообвинения, сам уничижения. Могут носить бредовой характер, например: «Я объедаю африканских детей». Формально идеи могут основываться на реальных событиях: «Если бы во втором классе я не пожалел для Васи карандаш, он не разочаровался бы в людях и не спился» и проч.

2. *Суицидальные.* Суициды отличаются жестокостью и имеют целью именно самоубийство, а не психологический шантаж окружающих. Обычно пациенты прыгают из окон верхних этажей, вешаются, без единого звука разжевывают себе язык. Только при БАР и шизофрении встречаются расширенные суициды – убийство вместе с собой своих близких. Возможный мотив: «Если я ничтожество, как я могу родить достойных детей?».

3. *Нарушение витальных функций.*

Уменьшение общей продолжительности сна до 4 часов в сутки и меньше, ранние пробуждения. Учитывая то, что депрессивное состояние наиболее выражено именно по утрам, а родственники еще спят, именно в ранние утренние часы происходит большинство суицидов.

Нарастание аппетита.

4. *Соматовегетативные формы.*

□ Триада Протопопова (симпатикотония): повышение ЧСС, запоры, расширение зрачка. Артериальное давление несколько выше нормы (если пациент страдает гипертонической болезнью, АД может наоборот понижаться).

□ Жалобы на болевые ощущения в области сердца, в суставах и мышцах.

□ Нарушение функции желез внешней (сухость во рту, «сухой плач») и внутренней секреции.

Маниакальная фаза (стадия)

Также имеется триада симптомов.

1. Гипертимия – болезненно приподнятое настроение, часто заразительное (гипертимик может расшевелить даже пациента депрессивной фазе БАР). Нарушается способность к адекватному реагированию: на известие о смерти близких такой человек может прореагировать спокойной улыбкой или даже не обратить на это внимания.

2. Болезненно ускоренный темп мышления. Речь напоминает скороговорку, фразы обрываются на середине, речь «не поспевает за мыслями». Появляется формальная способность к стихосложению: пациент рифмует строчки, однако высокой художественной ценностью эти стихи не отличаются.

3. Двигательное возбуждение.

Другие симптомы.

1. Идеи переоценки личности (бредовые идеи величия, навязчивость).

2. Поведение можно охарактеризовать как «цыганское».

3. Потребность во сне резко снижена, при этом дискомфорта пациент не ощущает.

4. Повышение аппетита без прибавки массы тела.

5. Резкое усиление либидо (гиперсексуальность), ориентированное на «количество», а не на «качество». В случае изоляции в психиатрической больнице либидо находит свою реализацию в стихах непристойного содержания.

«Светлый промежуток»

Так называется период между маниакальной и депрессивной / стадиями БАР. В отличие от ремиссии при шизофрении, светлый промежуток характеризуется полным отсутствием остаточных симптомов.

Этиология и патогенез БАР. Для биполярного варианта БАР (чередование маниакальной и депрессивной стадии) установлена роль наследственности (по разным данным, заболевание связано с X-хромосомой или 17 парой аутосом). Патогенез заключается в нарушении обмена биогенных аминов серотонина и норадреналина. Нарушение в системе «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников» приводит к гиперкортизонемии с нарушением отрицательной обратной связи.

Хронические (аффективные) расстройства настроения.

Циклотимия.

Представляет собой редуцированную форму БАР, при которой у пациента без связи с внешними событиями происходит постоянное чередование периодов слегка

сниженного и слегка приподнятого настроения, ни один из которых не соответствует диагностическим критериям гипомании либо легкого депрессивного эпизода. Продолжительность аффективных циклов мала, иногда смена настроения происходит за несколько часов или суток. Распространенность около 1 %, начало в возрасте 20-25 лет, течение длительное у трети пациентов развивается БАР. Несмотря на легкость колебаний аффекта, значительно затрудняется жизнь пациента и его отношение с внешним миром. Перепады настроения толкают человека к поиску острых ощущений, смене места жительства и рода занятий, нередко прибегают к алкоголю и другим ПАВ. Часто не расценивается как патология, а как особенности характера.

Дистимия.

Представляет собой состояние хронической, длящейся годами субдепрессии, выраженность которой не отвечает критериям легкого депрессивного эпизода. Представляет собой врожденную склонность к постоянно снижению настроения. Минимальная продолжительность симптоматики минимум 2 года. Распространенность 3-4 %, начинается в 20-30 лет и длится неопределенно долго. Выраженность депрессии колеблется, но большую часть времени больные испытывают вялость, утомляемость, утрату способности радоваться жизни, неуверенность в себе и сниженную самооценку. Характерны жалобы на несправедливое и черствое отношение к ним близких, неспособность заявлять о своих интересах и отстаивать их, трудности в отношениях с окружающими, пессимизм. Бывают опасны в плане суицида. С годами у 20% возникает ДР, у 5% - БАР.

Лекция 9. Тема: Психопатии.

Цель: Отразить основные закономерности психической деятельности при психопатии.

Ключевые понятия и термины: понятие психопатии, критерии Ганнушкина-Кербикова, классификации психопатий, возрастная динамика, виды психопатий.

Вопросы для рассмотрения:

1. Понятие психопатии.
2. Основные классификации психопатий.
3. Классификация Ганнушкина.

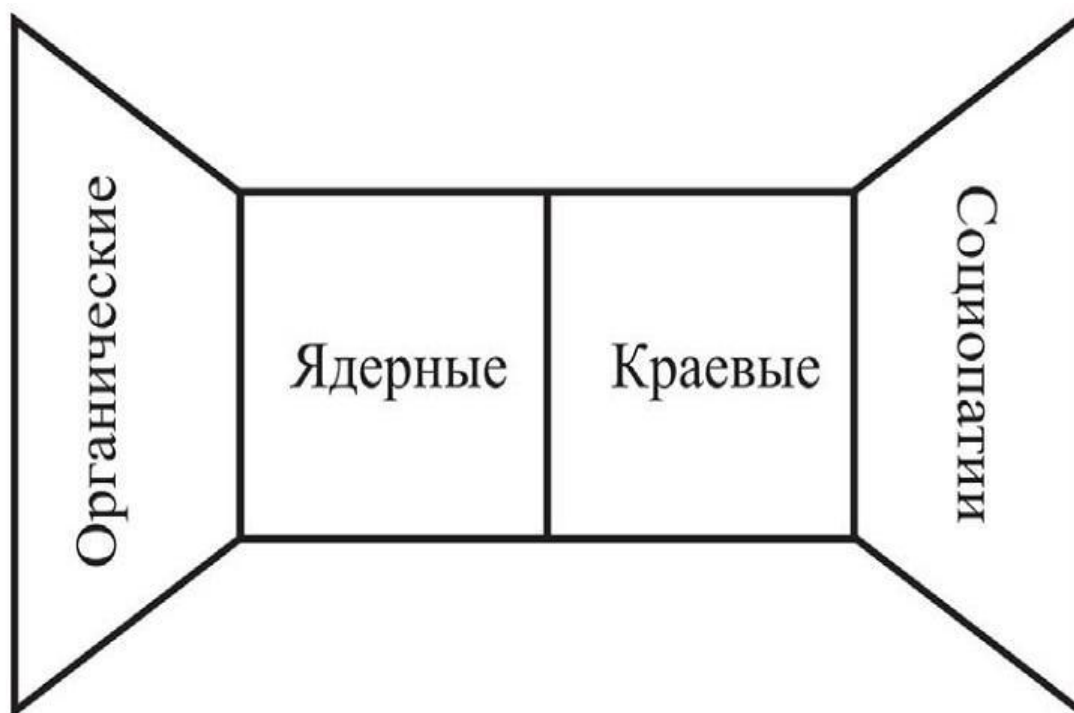
Литература:

1. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
2. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
3. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
4. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000;
5. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014.

– 432 с.;

6. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

Основные классификации психопатий
*Систематика психопатий по степени выраженности
(тяжести) клинических проявлений*



*Клиническая систематика психопатий (по О. В. Кербикову, 1962;
Г. К. Ушакову, 1979)*



*Соотношение различных клинических форм психопатий (по
Б. В. Шостаковичу, 1988)*



Диагностические критерии специфических расстройств личности (по МКБ-10)

Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально принятого диапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

1. когнитивная сфера (т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий);
2. эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
3. контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
4. отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций;
5. недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т.е. не ограничиваются одним «пусковым механизмом» или ситуацией).

6. В связи с поведением, отмеченным выше, отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение. Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

7. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста.

8. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Практическое занятие № 1. Тема: Психопатология сенсорно-перцептивных процессов.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психопатология сенсорных расстройств.
2. Психопатология перцептивных расстройств.
3. Психопатология психосенсорных расстройств.

Практическое занятие № 1. Психопатология мышления.

Цель: Раскрыть сущность психопатологии мышления.

Вопросы для рассмотрения:

1. Расстройства динамической стороны мышления.
2. Нарушения логико-грамматической стороны мышления.
3. Расстройства содержательной стороны мышления.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
3. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
4. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

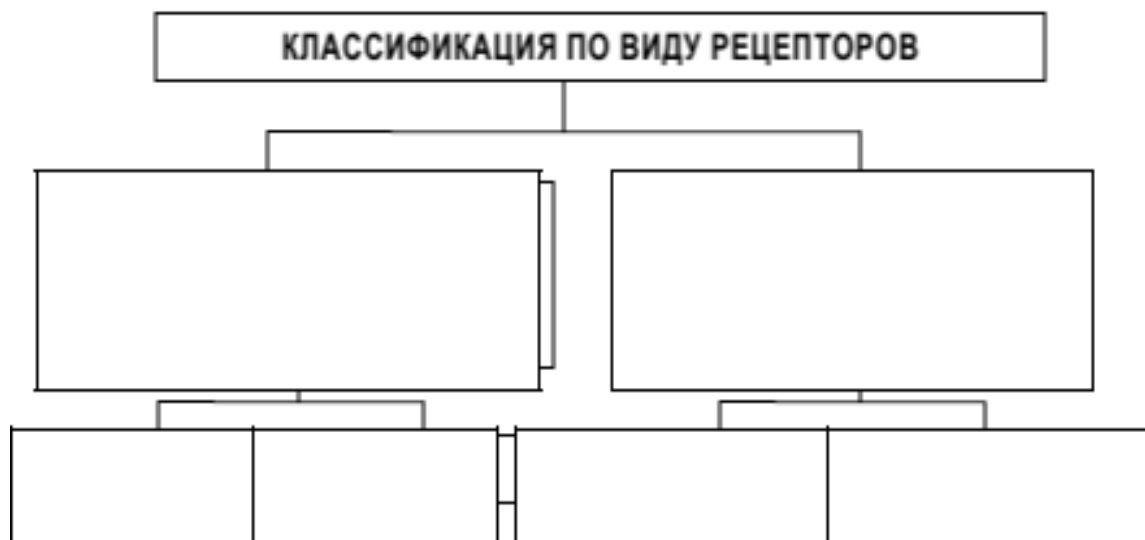
Задание 1. Дать определение терминам:

Ощущение (психический процесс) _____

Восприятие _____

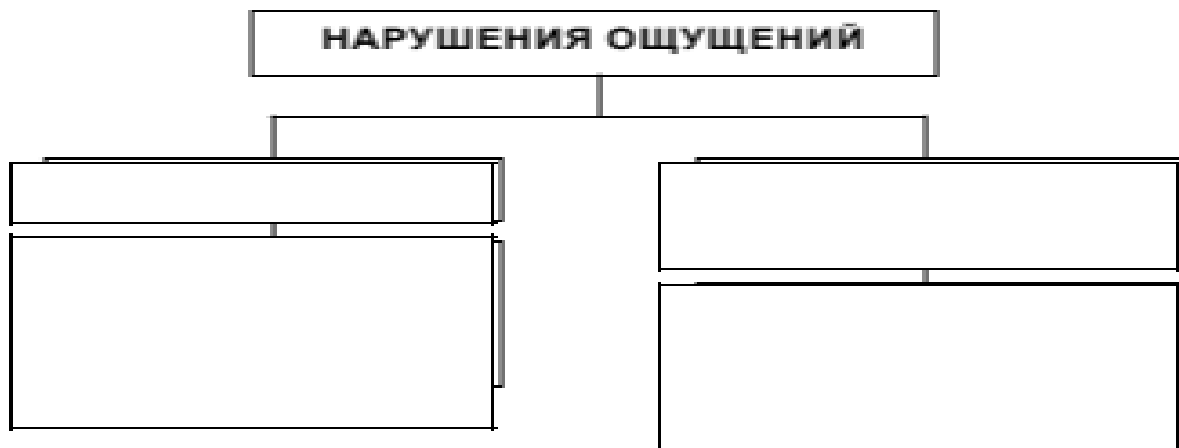
Представление _____

Задание 2. Заполнить схему «Классификация восприятия по виду рецепторов» и дать определение терминам



Дистантные экстероцепторы _____
 Контактные
 экстероцепторы _____
 Проприоцепторы _____
 Интероцепторы _____

Задание 3. Заполнить схему и таблицу «Нарушения ощущений»



Нарушения ощущений

Вид нарушений	Характеристика	Где наблюдается
Анестезия		
Гипостезия		
Гиперестезия		
Синестезия		
Сенестопатия		
Парестезия		

Задание 4. Дать определения терминам и заполнить схему «Варианты патологии восприятий»



Психосенсорные расстройства _____

Иллюзии _____

Задание 5. Заполнить таблицу «Виды иллюзий по механизму восприятия»

Вид иллюзии	Характеристика	Где наблюдаются
По механизму восприятия		
Физические		
Физиологические		
Аффективные		
Вербальные		
По органам чувств		
Экстероцептивные		
Интрацептивные		
Проприоцептивные		

Патология представления

Задание 6. Дать определение и заполнить таблицу «Классификация галлюцинаций»

Галлюцинации _____

Классификация галлюцинаций

Рецептор	Галлюцинации (представления)
По органам чувств	
По локализации	
По сложности	
По времени возникновения	
По отношению к личности больного	
По сенсорному компоненту	
По причинам развития	
По механизму восприятия	

Задание 7. Привести примеры галлюцинаций

Зрительных (видений) _____

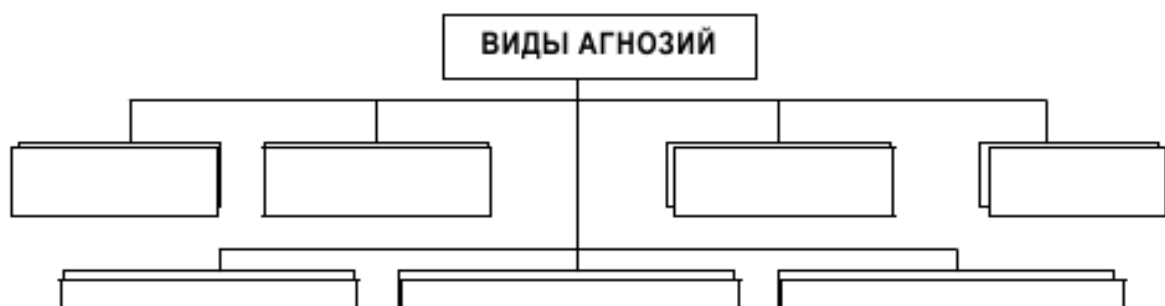
Слуховых _____

Обонятельных _____

Вкусовых _____

Тактильных _____

Задание 8. Заполнить схему «Виды агнозий»



Задание 8. Определите расстройства восприятия.

8.1 Школьница, 16 лет, ученица 10 класса заболела остро шизофренией. Заболевание началось с появления мыслей о том, что утонувший 8 лет назад брат жив. Убежденность в этом появилась после того, как, рассматривая его посмертную фотографию, увидела, что глаза на фотографии открылись. После помещения в больницу в одном из больных «уз нала» по внешнему виду своего брата. Периодически ощущала, что ее тело разделяется на три части: одна часть оседает на земле, вторая - поднимается вверх, а третья остается между ними. При погружении в сон видела стоящего на горе «бога» и мальчика рядом с ним. Слышала голос, раздающийся из пространства, который говорил: «Иди, ищи брата...» *Вопрос-задание Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.*

8.2 Женщина, 47 лет, поступила в приемный покой психиатрической больницы в сопровождении родственников, которые сообщили, что она полгода жалуется на неприятные ощущения в виде зуда, жжения. Последние две недели путается в узнавании лиц родственников, свою дочь называет сестрой, мужа считает чужим человеком. Ощущает неприятный запах жженой шерсти, видит перед глазами мелькание разноцветных полос, шаров. Заявляет, что у нее отсутствует половина тела. С подозрением на опухоль головного мозга направлена к врачу-нейрохирургу. *Вопрос-задание Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.*

8.3. Ребенок, 6 лет, заболел острым респираторным заболеванием с повышением температуры тела до 38,7°. Стал капризным, раздражительным, не переносил яркого света, прикосновений к себе. С испугом смотрел на стену, оклеенную обоями, при этом без видимой причины начинал плакать. При расспросе удалось выяснить, что в рисунке обоев видит фантастические фигуры животных, искаженные лица людей. В разговоре взрослых слышал упреки в свой адрес. В процессе засыпания внезапно пробуждался, кричал: «Плохой дядя.. уходи!..» На руках матери успокаивался и погружался в сон. *Вопрос-задание Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.*

8.4. Больной, 32 лет, длительное время злоупотреблявший курением гашиша, поступил в психиатрическую больницу для лечения. Внешне выглядит значительно старше своих лет, лицо землистого цвета, с грубыми морщинами, отмечается ломкость волос, ногтей, зубов. Рассказал, что после выкуривания сигареты с гашишем окружающий мир приобретает яркие цвета, звуки становятся громкими, гулкими. Возникает ощущение изменения размеров рук, ног, головы, отделения от них тела. Окружающие предметы изменяют свою форму, контуры их становятся расплывчатыми, нечеткими, причудливо соединяясь между собой, образуют фигуры фантастических животных, уродливых чудовищ. Появляется онемение, омертвление конечностей, чувство

ползания мурашек. *Вопрос-задание Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.*

Тема 1. Виды нарушения мышления по форме и содержанию.

Варианты расстройства мышления по форме. Нарушения темпа мышления. Нарушение подвижности мышления. Обрывы мысли. Разорванность и бессвязность мышления. Резонерство, формализм, обстоятельность мышления. Расплывчатое и паралогическое мышление.

Варианты расстройства мышления по содержанию. Сверхценные и бредовые идеи. Разграничение сверхценных идей и бредовых идей. Бред, его различные варианты бреда.

Задание 1. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Виды мышления»

Мышление - _____

Понятия _____

Речь _____

Ассоциации _____

Виды мышления	
Вид	Характеристика
Абстрактное	
Вязкое	
Инфантильное	
Конкретное	
Магическое	
Образное	
Примитивное	

Расстройства мышления разделяют на:

- расстройства ассоциативного процесса*
- патологию суждений и умозаключений*

Расстройства ассоциативного процесса

Задание 2. Заполнить таблицу «Нарушения форм мышления»

Вид нарушения	Характеристика
Ускорение	
Ментизм (наплыв мыслей)	
Скачка идей	
Замедление мышления	
Разорванное	
Бессвязное	
Перерывы в мышлении (шперрунг)	
Обстоятельность	
Персеверация	

Аутистическое мышление	
Неологизм	

Патология суждений и умозаключений

Задание 3. Дать определение нарушениям содержания мышления:

1. Бредовые идеи _____

Бредовые идеи преследования (привести примеры) _____

Бредовые идеи величия (привести примеры) _____

Депрессивный бред (привести примеры) _____

Сверхценные идеи _____

Бредоподобные фантазии (привести примеры) _____

Навязчивые идеи (состояния) (привести примеры) _____

Задание 4. Заполнить таблицу «Синдромы нарушения мышления»

Синдром	Характеристика
Паранойяльный синдром	
Парафренный синдром	
Параноидный синдром	
Обсессивно-фобический синдром	
Синдром Кандинского-Клерамбо	
Синдром Катара, или бред отрицания	

Задание 4. Определите расстройства мышления.

4.1. Идет спор между философами, что первичное, что вторичное. Материя и сознание произошли одновременно. Сознание - процесс самореорганизации во вселенной. Чтобы изучить космос, необязательно летать в космос, это можно узнать путем познания самой материи на земле и ее различных процессов. Строение атома можно сравнить со строением нашей солнечной системы. Роль ядра играет солнце, а роль электронов играет 8 планет, из этого можно предположить существование макромиров и микромиров. Это доказывается тем, что вселенная бесконечна. Существует два способа существования материи. Сама материя и поле. Можно предположить, что человек - это воплощение самой материи и поля (биополеаура — душа). Инопланетяне сказали, что они знают 69 миллионов цивилизаций, самые наиболее высокоразвитые, в восьми измерениях. А мы, человечество, живем в трех измерениях. Масса, пространство и время: Земля из наиболее лучших планет, есть еще планета «Лорд», одна из наиболее лучших. *Вопрос-задание Определите, какое из указанных расстройств мышления наиболее выражено в данном случае.*

4.2. Люди сами не могут управлять собой и своим поведением. При рождении младенцев им приставлен двойник, только из потустороннего мира. Инопланетяне растят нас как животных, как зверей, ибо у нас есть зубы, звериные повадки, инстинкт самосохранения. Инопланетяне - двойники

представляют собой прозрачное создание, которое можно пронзить рукой, но полностью копия того или иного человека. Они нас контролируют и отчитываются за нас высшему инопланетному разуму. Я сам отвечаю за себя, ибо я видел своего двойника в 1987 году. После Нового года. Мне разрешено, можно вести дневник, и все, что мною написано, тоже чистая правда. Моя душа и сознание много летало в пространстве в разных измерениях. И вот еще сообщение. Инопланетяне не хотят брать людей - к себе на корабль на всю планету в телесной физической оболочке. Но могут взять. Твое сознание и биополе, магнитное поле из девяти витков. И здесь, где я нахожусь, - это второй организм после Второй мировой войны перед фашизмом. *Вопрос-задание Какое расстройство мышления представлено в данном клиническом примере?*

4.3. Утром от моего тела, от моей оболочки отделился такой же «я», который после смерти будет жить в другом измерении. Так вот, из меня вышел по пояс другой человек, напротив был мой двойник, моя копия, и мы с ним обнимались несколько секунд, потом я по приказу опустился и лег в свою телесную оболочку. Вторым случаем был совсем недавно: выхожу я из телесной оболочки и хожу по комнате. В комнате никого не было, мне подкинули маленькие электронные часы, я взял их и ходил с ними, из часов улавливались длинные и короткие сигналы. Потом я не поверил сам себе и решил открыть один глаз и сразу же второй. Я вошел в меня, и я видел только приподнятую руку на высоте, когда моя телесная оболочка полностью лежала. Потом я, убедившись в этом, поверил, и уже лежал с закрытыми глазами. Так вот, я по вашему приказу, инопланетян, опять вышел из своей оболочки, вы меня заставили одеться, я уже сидел одетый на своей койке, и вы же меня заставили бить себя по коленям ребром руки, т. е. кулаками, говоря мне: «Ну, что, убедился, что ты есть такой же второй». При всем этом я не дышал в другом измерении, а также не дышала моя оболочка, но душа и сознание перешло ко мне во второго человека, а сознание было связано с моим мозгом в телесной оболочке. *Вопрос-задание Какое расстройство психической деятельности представлено в данном клиническом примере?*

Практическое занятие № 2. Психопатологические синдромы.

Вопросы для рассмотрения:

1. Астенический, обсессивно-фобический, истерический синдромы.
2. Паранояльный, параноидный, парафренный, галлюцинаторный, ипохондрический синдромы, синдром умственного (психического) автоматизма.
3. Депрессивный и маниакальный синдромы.
4. Состояние оглушенности, делирий, аменция, онейроидное, сумеречное расстройство сознания, исключительные состояния сознания.
5. Кататонический и апатико-абулический синдромы. Корсаковский амнестический, дементный синдромы, синдром прогрессирующей амнезии.

Литература:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.;

2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
6. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;
7. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

Задание 1. Записать отечественную классификацию психических расстройств

1. Эндогенные психические заболевания: _____
2. Эндогенно-органические психические заболевания: _____
3. Соматогенные, экзогенные и экзогенно-органические психические расстройства: _____
4. Психогенные расстройства: _____
5. Патология развития личности: _____

Задание 2. Заполнить таблицу «Отличия психозов и неврозов»

Психотические расстройства (психозы) характеризуются	Непсихотические (невротические) расстройства характеризуются

Задание 3. Записать сферы психической деятельности и заполнить схему «Психические процессы»



Задание 4. Дать определение терминам и заполнить таблицу «Классификации синдромов по принципу уровней или «регистров», по Э. Крепелину (1920)

Симптом _____

Синдром _____

Синдром	Описание
Невротические и невротоподобные синдромы.	
Астенический	
Обсессивный	
Истерический	
Аффективные синдромы	
Депрессивный	
Маниакальный	
Апатобулический	
Бредовые и галлюцинаторные синдромы	
Паранойяльный	
Параноидный	
Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)	
Парафренный	
Галлюцинаторный	
Синдромы нарушенного сознания	
Делириозный	
Онейроидный	
Аментивный	
Сумеречное помрачение сознания	
Амнестические синдромы	
Психоорганический	
Корсаковский синдром	
Деменции	

Задание 5. Решите ситуационные задачи.

5.1. Мужчина 40 лет, проживающий в благоприятных неконфликтных условиях, во второй раз поступает в терапевтическое отделение в связи с затяжными приступами болей, напоминающих почечную колику. Тянущие боли в области поясницы сохранялись в течении 4-х недель. При обследовании, включающем УЗИ и рентгенографию, патологии со стороны почек не выявлено. Назначение спазмолитиков эффекта не дало. Больной тревожится о своем будущем, плохо спит, хуже себя чувствует утром, вечером боли практически не беспокоят.

Определите наиболее вероятный предположительный диагноз:

- 1 почечно-каменная болезнь
- 2 маскированная депрессия (алгическая форма).
- 3 нераспознанное заболевание почек

5.2. Больной К. Заболел в 30 лет, перенес типичную депрессию, лечился амбулаторно. Через месяц госпитализирован в состоянии психомоторного возбуждения: весел, на лице озорная улыбка, легко вступает в контакт с окружающими. Речь быстрая, часто не заканчивает фразы. Бредовых идей не высказывает. Обманов восприятия не отмечается.

В процессе лечения психическое состояние нормализовалось.

Квалифицируйте синдром при госпитализации:

- 1 Гебефренический
- 2 Парафренный
- 3 Маниакальный
- 4 Делириозный

О каком заболевании следует думать при повторной госпитализации -

- 1 Шизофрения
- 2 Маниакально-депрессивный психоз
- 3 Циклотимия

5.3. К невропатологу обратилась больная 45 лет с жалобами на тревогу, неусидчивость, бессонницу, слабость. В беседе выяснилось, что в течении последнего месяца перенесла гриппозное состояние, ухудшилось настроение, не может сосредоточиться на работе, стала слышать оклики по имени, а затем целые фразы. Голоса слышит как бы "внутри головы", считает, что ею кто-то управляет. Испытывает страх, замечает "переодетых преследователей". Считает, что ее хотят убить, не выходит на улицу. Стала замечать подозрительный привкус пищи. Перестала есть, сильно похудела, жалуется на запоры.

Квалифицируйте ведущий синдром:

1. Депрессивный
2. Параноидный
3. Паранойяльный
4. Делириозный
5. Обсессивный
6. Парафренный

5.4. Больной 60 лет, инженер. На протяжении последних лет «забывчив», выражено снижение памяти на текущие события. Заметно ухудшилась

сообразительность, в отчетах по работе стал делать ошибки, пропуски, появилась раздражительность, повышенная утомляемость и слабодушие. Стал постоянно записывать в блокноте имена знакомых, даты, цифры. "чтобы не путать". Вместе с тем критически относится к снижению своей работоспособности, обращался к врачам за помощью по поводу снижения памяти и сообразительности, плакал. При посещении врачей был вежливым, приветливым.

Квалифицируйте синдром:

1. Депрессивный
2. Корсаковский
3. Астенический
4. Лакунарная деменция
5. Тотальная деменция

5.5. Больной спокойно беседовал с врачом в присутствии жены, затем, когда остался с ним в кабинете наедине, неожиданно взял тяжелый письменный прибор и ударил врача по голове. Когда врачи стали выяснять причину его странного поведения, он сообщил следующее: несколько лет назад этот врач во время проверки личных вещей изъял у него спички, как предмет опасный в больнице. Больного это обидело, постоянно помнил об этом и искал случая отомстить.

Для какого заболевания характерно такое поведение.

1. Невроз
2. Сенильная деменция
3. Эпилепсия
4. Маниакально-депрессивный психоз

Практическое занятие № 4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

Занятие 7. Тема: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

Вопросы для рассмотрения:

1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин.
2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.
3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаин.
4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.

Литература:

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;

2. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;

3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;

4. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;

5. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

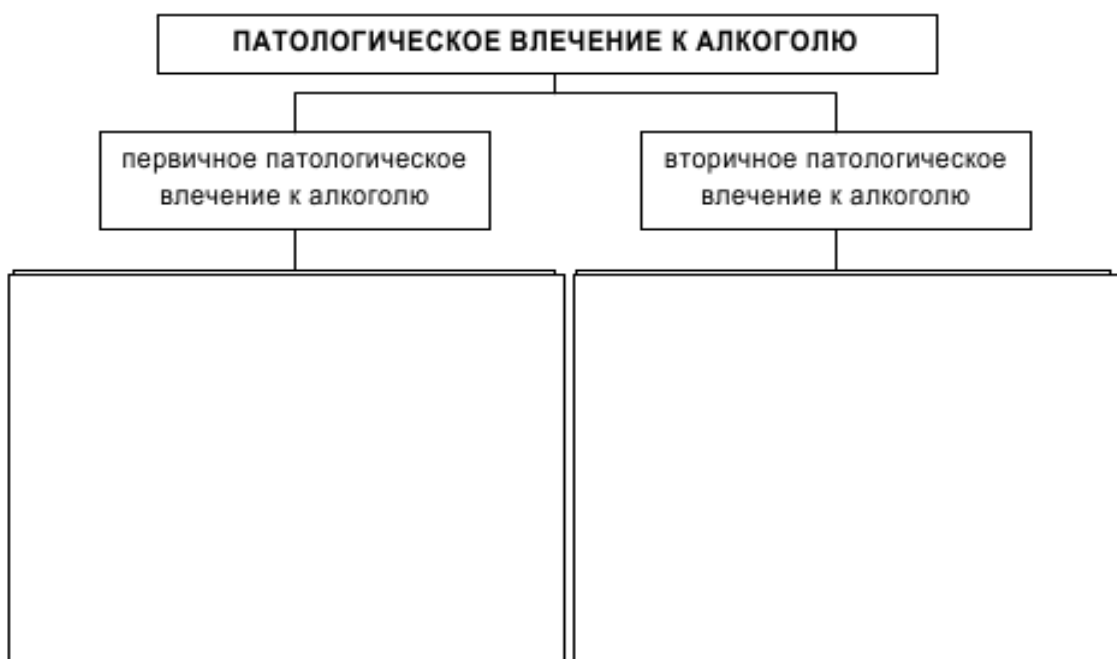
6. Профилактика наркотизма: теория и практика под. Ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Научное издание. Монография, Самара, 2008.

Задание 1. Дать определение и заполнить схему «Острый интоксикационный синдром»

Алкоголь _____



Задание 2. Заполнить схему и стадии хронического алкоголизма



Стадии хронического алкоголизма

Первая стадия: неврастеническая _____

Вторая стадия: наркоманическая _____

Третья стадия: энцефалопатическая _____

Задание 4. Дать определение и заполнить таблицы «Течение и классификация наркоманий»

Наркомания _____

Общая клиническая характеристика наркоманий

Психическая (психологическая) зависимость _____

Физическая зависимость _____

Толерантность _____

Течение наркоманий

Стадии	Характеристика
I (начальная)	
II (развернутая)	
III (конечная)	

Классификация наркоманий

Вид наркомании	Психоактивные вещества	Клинико-динамические особенности наркологических расстройств	
Опийная наркомания			
Наркомания, связанная с употреблением конопли			
Кокаиновая наркомания			
Наркомания, обусловленная приемом препаратов снотворного действия			
Наркомания, связанная с употреблением больших концентраций чая и кофе			
Наркомании, связанные с злоупотреблением галлюциногенов			
Алкоголизм и табакокурение			

Практическое занятие № 4. Шизофрения, расстройства, близкие к шизофрении.

Вопросы для рассмотрения:

1. Симптоматика, синдромология, формы шизофрении.
2. Шизотипические и бредовые расстройства.
3. Индуцированное бредовое расстройство.
4. Шизоаффективное расстройство.

Литература:

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Вышш. шк., 2006;
2. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
6. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
7. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;
8. Фулер, Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб., 1996.

Задание 1. Дать определение терминам:

Эндогенные психические расстройства, это _____
Шизофрения _____

Задание 2. Дать характеристику клиническим симптомам основных форм шизофрении

Простая шизофрения _____
Гебефреническая шизофрения _____
Кататоническая шизофрения _____
Параноидная шизофрения _____
Принципы лечения больных шизофренией _____

Задание 3. Решите ситуационные задачи.

Задача № 3.1. С., 14 лет, ученица 7-го класса. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла бойкой, подвижной,

общительной девочкой: была нежно привязана к матери. В школу пошла с семи лет, училась легко. Увлекалась музыкой, танцами. До седьмого класса была «радостью в семье, нежной и заботливой дочерью». Довольно внезапно летом изменилось поведение: стала груба, раздражительна, ничего не сказав родным, часто пропадала из дому. Посещала компанию «хиппи», одевалась соответственно, начала курить, домой приходила пьяная. Все попытки матери поговорить с дочерью, образумить ее, наталкивались на холодность, грубость. При этом дочь цинично бранилась, угрожала физической расправой. После резкого разговора неделю не жила дома. Заявила, что сожительствует с мужчинами, что вскоре, возможно, выйдет замуж. Отказывалась посещать школу. Неоднократно жестоко избивала мать, требуя денег на сигареты, вино; резала ее платье, пытаясь сшить себе модные наряды. Направлена в психиатрическую клинику. Психическое состояние: контакт формальный. Психически больной себя не считает, требует немедленной выписки. Грозит уходом из отделения. Считает свое поведение обычным: «Мне так нравится, я так хочу жить». В отделении груба, развязна. Выпрашивает у больных сигареты, подговаривает к уходу из клиники. Эмоционально холодна. На свидании с матерью груба, цинично бранится, требует забрать ее домой, грозит «вспомнить ей все дома». Без эмоций и стеснения рассказывает об интимных отношениях с мужчинами, собирается вскоре выйти замуж. Реальных планов на будущее нет, учиться не будет, «буду встречаться с компанией». Определить расстройство.

Задача № 3.2. Больной Р., 24 года, инвалид I группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле, глядя в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное. Иногда, по приглашению больных, садится играть в шахматы. Играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала больницы. На свидание с матерью ходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. В один из дней был взят на лекцию по психиатрии. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечал неохотно, смотрел при этом в сторону. Отрывок из беседы:

Профессор: «Почему Вы находитесь в больнице?»

Больной: «Не знаю, я здоров, лечение ещё не закончено».

Профессор: «Какое же лечение, если Вы здоровы?»

Больной молчит, на вопросы не отвечает.

Профессор: «Я слышал, что несколько лет назад, Вы прыгнули из окна и сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?»

Больной: «Так... встряхнуться захотелось».

Профессор: «Вы уже много лет находитесь в ПБ. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?»

Больной: «Нет, не хочу. Я здесь останусь».

Квалифицировать состояние, заболевание.

Задача 3.3. Пациентка М., 27 лет. Впервые заболела после родов. Снизилось настроение, стала считать, что ее не заберут из роддома, что нечто страшное случилось с ребенком. Возникали мысли о смерти, не могла спать и отказывалась от еды. Испытывала чувство вины. После выписки из роддома внезапно настроение изменилось, решила, что является следующим воплощением царицы Зои. Требовала по отношению к себе исключительных почестей. Рисовала генеалогию, доказывающую подобную генетическую связь. Ее ребенок фактически является наследником Императора, не подпускала к нему никого. Фон настроения был гипоманиакальным с экспансивным оттенком. Бралась за множество дел, но быстро истощалась. После терапии нейролептиками в сочетании с литием состояние полностью нормализовалось. Однако через два года вновь стала печальной и заторможенной. Плакала и жаловалась на неудачную жизнь, испытывала чувство вины за то, что плохо смотрит за сыном. Тоска иногда внезапно сопровождалась тревогой с моторным беспокойством. Это состояние внезапно перешло в противоположное. После чтения книги из истории Франции решила, что она на самом деле Жозефина и возлюбленная Наполеона. Разрезав занавески, сшила себе хитон, в котором выходила на прогулку. Речь была ускоренной, с тематическими соскальзываниями. После купирования состояния периодические гипомании следуют весной и осенью.

Диагностика

Дифференциальная диагностика

Задача 3.4. Больной В., 39 лет, инвалид 2 группы. Поступает в психиатрическую больницу в 6-й раз, приступы болезни сходны, по типу «клише». При поступлении в стационар контакту почти не доступен. То возбужден, прыгает, кричит, свистит, то бесцельно бродит по коридору с выражением отрешенности, временами беспричинно смеется. Через 3 недели наступило значительное улучшение состояния, и больной рассказал о своих переживаниях следующее: «Я понимал, что нахожусь в больнице, но как-то не придавал этому значения. В голову потоком лезли мысли, все в голове смешалось. Все вокруг было странным, фантастичным: цветы на окне я принимал за марсианские растения, казалось, что у людей прозрачные голубые лица и двигаются они медленно, плавно – словно летают по воздуху. Своего врача, у которого я лечусь третий раз, я сразу узнал, но и она мне казалась воздушной, бесплотной, вместо рук у нее были щупальца, и я чувствовал их холодное прикосновение. Лягу в постель – я сразу же мыслями уношусь далеко. Представляю себе здания с коринфскими колоннами, и сам я хожу будто бы по сказочному городу среди людей, одетых в древнеримские одежды. Дома кажутся пустыми, незаселенными, везде видятся памятники. Все это – как во сне». Какая форма?

Практическое занятие № 5. Психопатии.

Вопросы для рассмотрения:

1. Понятие психопатии.

2. Основные классификации психопатий.
3. Классификация Ганнушкина.
4. Конституциональные психопатии.
5. Органические психопатии.
6. Краевые психопатии.

Литература:

1. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
2. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
3. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
4. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000;
5. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
6. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

Ход занятия:

Оборудование и материалы: листы бумаги и маркеры или доску с мелом для записи комментариев членов группы в ходе обсуждений.

Задания:1. Разбор клинических случаев.

Задача № 1. Больная Б. 44 лет. С детства впечатлительная, обидчивая. В школе хорошо училась, по ее словам, отличалась активностью, целеустремленностью, «любила бороться за правду». Окончила 3 курса юридического факультета. В возрасте 34 лет была осуждена за хулиганство. В местах лишения свободы постоянно конфликтовала с окружающими, были драки заключенными, отказывалась выходить на работу, объявляла голодовки. Писала массу жалоб, обвиняла администрацию в неправильном к ней отношении, требовала немедленного освобождения. Была направлена в психиатрическое отделение. Психическое состояние: в контакт вступает охотно, на вопросы о своей жизни отвечает уклончиво, лаконично. Охотно, многословно, с детализацией говорит о «непорядках», ею выявленных, не без самодовольства говорит, что «боролась и будет бороться за правду», таких характеров, как у нее, «всего несколько в мире», она все равно «восстановит справедливость», писала пространные заявления на эту тему. Мышление с излишней детализацией. Суждения поверхностные. Эмоционально ригидна, склонна к аффективным вспышкам. Критика недостаточна.

Квалифицировать состояние.

Задача № 2. Большой Ш., 48 лет, техник-лесовод. Занимаясь измерением стволов деревьев, обратил внимание на зависимость их диаметра от расстояния до опушки леса. Ш. подумал, что если ему удастся вывести формулу, характеризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Он продолжал свои наблюдения и спустя некоторое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статью Ш. направил в различные научные журналы, но признания не добился, в рецензиях на его работу указывалось, что тема актуальная, но произведенные расчеты не убедительны и требуют проверки. Однако Ш., будучи человеком настойчивым и вместе с тем, будучи чрезвычайно самолюбивым, остался неудовлетворенным объяснениями, даваемыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, он стал обращаться во многие советские и партийные организации с требованиями «восстановить справедливость», вел обширную переписку, завел две папки — для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам Ш. выискивал малейшие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказательство необъективности оценки, консерватизма, желание уйти от ответственности. Все свободное время от работы Ш. уделял составлению бумаг, поискам новых доказательств своей правоты. Перестал уделять внимание своим обязанностям, семье, в разговорах с домашними и друзьями постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражал свое возмущение, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражительным, плохо спал.

Квалифицировать состояние.

Задача № 3. Сергей О., 15 лет. Вырос без отца. Живет вдвоем матерью, которая работает экскурсоводом на междугородных автобусах, подолгу не бывает дома, последние годы стала часто выпивать, заводит случайные связи. Сына то берет с собой в дальние рейсы, то оставляет дома без надзора, то, приводя сожителя, даже выгоняет из дому. До 11 лет хорошо учился, был дисциплинирован. С 5-го класса попал в компанию асоциальных сверстников, прогуливал занятия, остался на второй год. Сдружился с трудными подростками, стал курить и начал с ними выпивать, Хотя от выпивок никакого удовольствия не получал, пил, чтобы «не нарушать компанию», хотелось, чтобы «признали своим». Забросил учебу, грубил в школе учителям. Последние месяцы часто напивался допьяна. Дома в отсутствие матери с приятелями устраивал пьянки, картежные игры. По настоянию матери был помещен на обследование в психиатрическую клинику. Госпитализацией был недоволен, бранил мать, в своих пьянках ничего особенного не видел: «Пью как все». В клинике тянулся к асоциальным подросткам, на лидерство среди них не претендовал. Режима, однако, не нарушал. Упросил мать взять его домой, обещал хорошо себя вести. Катамнез: через год в связи с интенсивной алкоголизацией и деликвентным поведением снова поступил в другую психиатрическую больницу, где лечился от алкоголизма.

Определить заболевание.

Задание 2. Контрольные вопросы: (работа по подгруппам)

1. Специфические расстройства личности, диагностические критерии, классификация.
2. Классификация психопатий: ядерные (по Ганнушкину), краевые (по Кербикову).
3. Статика и динамика психопатий (П.Б. Ганнушкин).
4. Параноидное расстройство личности, диагностические критерии.
5. Шизоидное расстройство личности, диагностические критерии.
6. Диссоциальное расстройство личности, диагностические критерии.
7. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, классификация, диагностические критерии.
8. Истерическое расстройство личности, диагностические критерии.
9. Ананкастное расстройство личности, диагностические критерии.
10. Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности, диагностические критерии.
11. Расстройство типа зависимой личности, диагностические критерии.

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Перечень рекомендуемых средств диагностики знаний по дисциплине

- устный опрос во время семинарских занятий;
- письменные проверочные работы;
- подготовка выступлений и эссе;
- творческие задания;
- зачет в форме теста.

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ УПРАВЛЯЕМОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Управляемая самостоятельная работа как важная составная часть образовательного процесса должна опираться на мотивацию студентов, доступность и качество научно-методического и материально-технического обеспечения образовательного процесса, сопровождаться эффективной системой контроля и способствовать усилению практической направленности обучения.

При выполнении управляемой самостоятельной работы создаются условия, при которых обеспечивается активная позиция студентов в самостоятельном получении знаний и систематическом применении их на практике.

Тема 1: Психопатологические синдромы.

Цель: Изучение психопатологического синдрома, анализ составляющих его симптомов.

Модуль 1: написать реферат по указанной проблеме с использованием следующих источников:

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Вышш. шк., 2006;
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
4. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс,

2014, 424 с.;

5. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;

6. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.; Беларусь, 2006;

7. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

Модуль 2: Найти наиболее яркое описание одного из изученных психопатологических синдромов в литературных и художественных источниках, дать анализ составляющим его симптомам, написать эссе, разработать схему диагностического обследования.

Примерный список художественных и литературных источников для выполнения УСРС

1. Чехов А.П. Человек в футляре;
2. Чехов А.П. Палата № 6;
3. Гоголь Н.В. Мертвые души;
4. Достоевский Ф.М. Идиот, Бесы;
5. Толстой Л.Н. Крейцера соната;
6. Лермонтов М.Ю. Испанцы;
7. Кизи К. Над кукушкиным гнездом;
8. Стихи Есенина;
9. Экзюпери С. Маленький принц;
10. Булгаков Мастер и Маргарита, Морфий;
11. Записки сумасшедшего;
12. Записки психиатра;
13. Казус Кукоцкого.

Фильмы:

1. Последнее танго в Париже;
2. Форрест гамп;
3. Человек дождя;
4. Страна приливов;
5. Игры разума;
6. Мистер Джонс;
7. Астенический синдром;
8. Айрис;
9. Птаха;
10. Сияние;
11. Реквием по мечте;
12. Девушка, которую подставили;
13. Дневники памяти;
14. Остров проклятых;
15. Я;

16. Босиком по мостовой;
17. Донни Дарко;
18. Машинист;
19. Прерванная жизнь;
20. Лучше не бывает.

Модуль 3: Используя список основной и дополнительной литературы, художественных источников, составить по изучаемой проблематике тестовые задания, кроссворды, клинические задачи.

Форма контроля: Включение данной темы в качестве практического вопроса в состав вопросов к зачету.

Тема 2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

Цель: описать психологические особенности лиц с зависимостью от психоактивных веществ на основе литературных и художественных источников.

План:

Модуль 1: написать реферат по указанной проблеме с использованием следующих источников:

План:

1. Особенности перцептивной и мнестической деятельности наркозависимых.

2. Особенности эмоционально-волевой сферы наркозависимых.

3. Особенности личности наркозависимых.

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;

2. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под. ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;

3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;

4. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;

5. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

Модуль 2: Найти описание клинического случая зависимости от психоактивных веществ в литературных и художественных источниках, дать анализ составляющим его симптомам, написать эссе.

Примерный список художественных и литературных источников для выполнения УСРС

1. М.Булгаков Морфий
2. Ш.Бодлер Опиоман

3. У.С.Берроуэю Джанки. Исповедь неисправимого наркомана
4. И.Уэлш. На игле
5. И.Уэлш. Экстази
6. А.Кроули. Дневник наркомана

Фильмы:

1. Реквием по мечте;
2. Морфий;
3. Высший пилотаж
4. Кокаин;
5. На игле;
6. Все обо мне.

Модуль 3: Используя список основной и дополнительной литературы, художественных источников, составить по изучаемой проблематике тестовые задания, кроссворды, клинические задачи.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Расскажите об эволюции классификаций психических расстройств.
2. Каковы принципы построения современных классификаций болезней.
3. Как проявляется зависимость психиатрии, психологии и психотерапии от социокультурного контекста? Приведите примеры.
4. Почему понимание личности является основной проблемой психопатологии?
5. Перечислите права пациента, находящегося в психиатрическом стационаре.
6. В чем состоит организация психиатрической помощи в РБ.
7. Соматические заболевания как причина психогенных и экзогенных психических расстройств.
8. Шизофрения. стадии: инициальная, манифестная, конечное состояние.
9. Понятие о шизофреническом дефекте.
10. Суицидальное поведение при психических заболеваниях.
11. Виды психиатрической помощи, основания для госпитализации в психиатрический стационар согласно закону РБ «О психиатрической помощи».
12. Структура наркологической и психиатрической службы.
13. Экспертиза при психиатрических и наркологических заболеваниях. (медико-социальная, военная, судебная).
14. Деонтология, реабилитация.

ПРИМЕРНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

1.. Стадиями оглушения являются

1. обнубиляция
2. сомноленция
3. сопор
4. кома
5. все перечисленные

2. Студент технического института, 23 лет. Заболевание развивалось без видимых причин.

Стал вялым, потерял интерес к учебе, к общению со знакомыми, к искусству и музыке, которыми раньше "только и жил". Появились слуховые псевдогаллюцинации, бред преследования и гипнотического воздействия. Заявлял, что его мысли "читают окружающие". Практически был совершенно бездеятельным и безразличным, почти постоянно высказывал нелепые идеи различного содержания. Критики к состоянию нет.

Квалифицируйте ведущий синдром:

1. Синдром Кандинского-Клерамбо
2. Депрессивный синдром
3. Паранояльный синдром
4. Апатобулический синдром
5. Психопатоподобный синдром

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

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

Дайте квалификацию состоянию больного:

1. Астенический синдром
2. Истерический синдром

3. Депрессивно-параноидный синдром
4. Астено-депрессивный синдром
5. Фобический синдром

4. Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны яркие зрительные галлюцинации?

1. синдром Кандинского-Клерамбо
2. синдром дереализации
3. синдром деперсонализации
4. вербальный галлюциноз
5. делириозный синдром
6. астенический синдром

5. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для кататонического ступора?

1. восковидная гибкость
2. мутизм
3. немотивированность поступков
4. конфабуляции
5. импульсивность
6. негативизм

6. Для рекуррентной шизофрении является характерным

1. однообразие приступов (типа клише)
2. благоприятность течения
3. отчетливые аффективные расстройства
4. нарастающая дефицитарная симптоматика

7. Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

1. степень выраженности
2. продолжительность
3. негативизм, повышение мышечного тонуса
4. отказ от еды

8. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется

1. политематичностью бреда
2. монотематичностью бреда
3. выраженностью аффекта тревоги, страха
4. повышенным фоном настроения
5. ничем из перечисленного

9. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении

1. слабодушие
2. эйфория
3. эмоциональная неадекватность
4. благодушие
5. апатия

10. Галлюцинации представляют собой

1. ложные, мнимые восприятия
2. ошибочные восприятия
3. искаженные восприятия

11. Оглушение может проявляться

1. дезориентировкой в месте и времени
2. выраженными галлюцинаторными и бредовыми переживаниями
3. аспонтанностью
4. повышенным эмоциональным фоном
5. затруднением речевого контакта

12. Какая форма шизофрении протекает наиболее злокачественно и приводит к выраженным изменениям личности?

1. параноидная шизофрения
2. паранойяльная шизофрения
3. гебефреническая шизофрения
4. шизоаффективное расстройство

13. Психосенсорные расстройства представляют собой

1. искаженные восприятия, при которых возможно узнавание объекта
2. ложные, мнимые восприятия
3. ошибочные восприятия

14. Импульсивное возбуждение отличается от других видов возбуждения:

1. гипертимией
2. немотивированностью возбуждения
3. четкой целенаправленностью
4. ничем из перечисленного

15. Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии детьми и подростками являются:

1. грубое психопатоподобное поведение
2. токсическая энцефалопатия
3. задержка психического и физического развития
4. некроз печени, почек, миокардиодистрофии
5. манифестация шизофрении

16..Подробное произвольное воспроизведение давно полученной информации называется:

1. гипермнезией
2. экмнезией
3. хорошей памятью
4. эйдетизмом

17.Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме

1. дневной прием
2. извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)
3. необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

18. К какой психопатологической группе расстройств относится онейроидный синдром?

1. помрачение сознания
2. выключение сознания
3. патологии мышления
4. патологии влечений

19..В определение какого синдрома входит понятие необратимости?

1. аментивный
2. амнестический
3. деменция
4. астенический

20.Для какого синдрома характерно грубое расстройство мышления, обусловленное нарушением синтеза ассоциаций?

1. кататонический синдром
2. маниакальный синдром
3. аментивный синдром
4. делириозный синдром
5. паранояльный синдром
6. парафренный синдром

21.Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений:

1. непроизвольно возникающих перед засыпанием
2. возникающих при закрытых глазах
3. возникающих при открытых глазах
4. ни одного из перечисленных

22. Укажите какой этиологический фактор играют ведущую роль в возникновении делириозных состояний?

1. токсический фактор
2. психогенный фактор
3. генетические фактор

23. Больной ощущает, что голова его увеличивается, расширяется, разбухает, руки и ноги укорачиваются или, наоборот, удлиняются. Укажите правильный ответ из нижеперечисленных:

1. истинные галлюцинации
2. дереализация
3. псевдогаллюцинации
4. симптомы "нарушения схемы тела"
5. психическая деперсонализация
6. иллюзии

24. Декомпенсация психопатии может характеризоваться

1. астеническими расстройствами
2. усилением всех основных патологических свойств личности
3. патологическими идеями
4. состояниями выключения сознания

25. Снижение активности считается характерным

1. для паранояльных синдромов
2. для астенических состояний
3. для сумеречного расстройства сознания
4. ни в каком из перечисленных случаев

Правила и требования, предъявляемые к выполнению письменных студенческих работ (рефератов)

Письменные студенческие работы (рефераты), являясь письменной частью изучения студентами курса «Основы психиатрии», способствуют углубленному изучению предмета, прививают навыки самостоятельной работы с литературой, учат последовательно и правильно излагать свои мысли при анализе сложных теоретических вопросов.

Тема реферата предварительно оговаривается с преподавателем.

После изучения рекомендуемой литературы по выбранной теме составляется план в отношении каждого вопроса письменной работы. Выделение пунктов плана способствует осмыслению материала, т.к. каждый пункт плана – как обобщенный заголовок определенной части текста, а переход от одной части к следующим частям представляется логической последовательностью основной мысли текста. В последующем при воспроизведении текста материал концентрируется вокруг заголовков плана, стягивается к ним, что, несомненно, облегчает его припоминание. В план включается 5-6 наиболее важных вопросов темы.

При оформлении работы необходимо соблюдать следующие требования:

- объем работы не должен превышать 15 страниц машинописного текста формата А4, включая рисунки и схемы (не более 3);
- при использовании рисунков и схем необходимо приводить подписи к ним (максимально краткие); в тексте должны быть ссылки на приводимые иллюстрации;
- на титульном листе следует указать вуз, факультет, тему работы, фамилию, имя, отчество автора работы;
- на следующем листе приводится план;
- страницы должны быть пронумерованы;
- на каждой странице обязательно оставлять поля для замечаний преподавателя;
- в конце работы приводится в алфавитном порядке список литературы, использованной при выполнении контрольной работы.

Качество письменной работы оценивается по тому, насколько самостоятельно и грамотно освещены вопросы избранной темы и показаны знания рекомендованной литературы.

ПРИМЕРНЫЕ Вопросы к зачету

1. Предмет и задачи психиатрии. Психиатрия в системе междисциплинарных связей.
2. Основные концепции этиологии психических расстройств.
3. Понятие об эпидемиологии психических расстройств.
4. Соотношение симптома, синдрома и болезни.
5. Расстройства ощущений.
6. Иллюзии. Виды иллюзий.
7. Галлюцинации. Виды галлюцинаций.
8. Психосенсорные расстройства.
9. Расстройства мыслительной деятельности по темпу.
10. Нарушения логического строя мышления.
11. Содержательные нарушения мышления.
12. Бред. Формы бреда. Динамика бреда.
13. Сверхценные образования.
14. Навязчивые и импульсивные явления.
15. Амнестические расстройства памяти.
16. Парамнестические расстройства памяти.
17. Основные симптомы расстройства эмоциональной сферы.
18. Психопатология внимания.
19. Психопатология воли.
20. Неврозоподобные нарушения.
21. Синдромы расстройства сознания.
22. Бредовые синдромы.
23. Синдромы двигательного-волевого нарушения.
24. Синдромы интеллектуально – мнестических расстройств.
25. Классификация психических расстройств. МКБ – 10, DSM -4.
26. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов.
27. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов.
28. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением снотворных и седативных препаратов.
29. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина.
30. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин.
31. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.
32. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.
33. Шизофрения. Формы шизофрении.
34. Маниакальный эпизод.

35. Биполярное аффективное расстройство.
36. Депрессивный эпизод.
37. Понятие психопатии.
38. Основные классификации психопатий.
39. Классификация Ганнушкина.
40. Конституциональные психопатии.
41. Органические психопатии.
42. Краевые психопатии.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ И КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

10 (десять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, по изучаемой учебной дисциплине;

умение свободно ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;

творческая самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, активное творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

9 (девять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

точное использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач.

способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

систематическая, активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

8 (восемь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

. использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины (методами комплексного анализа, техникой информационных технологий), умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

7 (семь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии (в том числе на иностранном языке), грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

свободное владение типовыми решениями в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

6 (шесть) баллов, зачтено:

достаточно полные и систематизированные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование необходимой научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и обоснованные выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку;

активная самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, периодическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

5 (пять) баллов, зачтено:

достаточные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им сравнительную оценку;

самостоятельная работа на практических, лабораторных занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.

4 (четыре) балла, зачтено:

достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, логическое изложение ответа на вопросы, умение делать выводы без существенных ошибок;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении стандартных (типовых) задач;

умение под руководством преподавателя решать стандартные (типовые) задачи;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им оценку;

работа под руководством преподавателя на практических, лабораторных занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

3 (три) балла, не зачтено:

недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знание части основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы с существенными, логическими ошибками;

слабое владение инструментарием учебной дисциплины, некомпетентность в решении стандартных (типовых) задач;

неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях изучаемой учебной дисциплины;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

2 (два) балла, не зачтено:

фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

неумение использовать научную терминологию учебной дисциплины, наличие в ответе грубых, логических ошибок;

пассивность на практических и лабораторных занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

1 (один) балл, не зачтено:

отсутствие знаний и (компетенций) в рамках образовательного стандарта высшего образования, отказ от ответа, неявка на аттестацию без уважительной причины.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАКСИМА ТАНКА»

УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор
Белорусского государственного
педагогического университета имени
Максима Танка



С.И.Коптева

Регистрационный № УД 32-15-03/2017 г.

Основы психиатрии

Учебная программа учреждения высшего образования
по учебной дисциплине для специальности

1-03-04-03 Практическая психология

2016 г.

Учебная программа составлена на основе образовательного стандарта первой ступени высшего образования специальности 1-23 01 04 «Психология», утвержденного постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 87.

СОСТАВИТЕЛЬ:

Солодуха В.В., старший преподаватель кафедры клинической и консультативной психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка».

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Пузыревич И.Л., заведующий кафедрой социальной и семейной психологии, учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат психологических наук;

Лисковский О.В., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент.

РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:

Кафедрой клинической и консультативной психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка» (протокол № 4 от 26.11.2015 г.)

Научно-методическим советом учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка» (протокол № 2 от 28.12.2015 г.)

Оформление программы и сопровождающих её материалов действующим требованиям Министерства образования Республики Беларусь соответствует.

Методист УМУ БГПУ
С.А. Стародуб
С.А. Стародуб

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дисциплины предназначена для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Практическая психология».

Дисциплина «Основы психиатрии» знакомит студентов, как с классическими, так и с современными концепциями и теориями психических расстройств, их этиологией, патогенезом, диагностикой, профилактикой и терапией.

Психиатрия тесно связана в своем развитии не только с биологическими науками (нейрофизиология, биохимия, генетика, психофармакология, иммунология и др.), но и гуманитарными (социология, антропология, общая, возрастная и педагогическая и медицинская психология).

Необходимость оказания психиатрической помощи может возникнуть на любом участке работы практического психолога: до 30% первичных психиатрических больных обращаются за помощью к практикующим психологам. Правильно принятое решение при острых проявлениях нарушения психики обеспечивает не только своевременную помощь больному, но от этого зависит его жизнь и безопасность окружающих.

Программа разработана на основе сведений по психиатрии, имеющих в литературе для специалистов и студентов ВУЗов с учетом новых достижений науки. Предназначена для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Практическая психология».

Цель дисциплины: изучение будущими специалистами особенностей клинических проявлений, дифференциальной диагностики и терапии невротических и психотических расстройств;

В процессе лекционных, семинарских и лабораторных занятий предполагается решить следующие **задачи:**

- Изучение общих психопатологических явлений в когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сферах.
- Формирование представлений об основных психопатологических синдромах, их этиологии и патогенезе.
- Знакомство с новейшими представлениями об этиологии ряда известных клинических расстройств.
- Изучение базовых рубрик МКБ-10.

Решение поставленных задач будет осуществляться посредством следующих *методов и технологий*: построение развивающего образовательного пространства, инновационные формы и методы (мультимедийные презентации, электронные библиотеки), метод процессуально-ориентированной деятельности, метод проблемного обучения, информационного поиска и аналитического отчета.

В результате изучения дисциплины будущий специалист должен *знать*:

- историю становления психиатрии, сущность, этиологию и патогенез психических расстройств, границы своей компетенции в оказании помощи психически больным людям, основную клиническую синдромологию психических и невротических расстройств с учетом современных классификаций;

- *уметь* использовать критерии выявления патологии психической деятельности анализировать общую картину возникающих изменений психической деятельности при различных патологиях психики.

- *владеть дифференциацией психопатологических симптомов, синдромов, психических расстройств.*

Основные понятия: этиология, патогенез, эпидемиология, симптом, синдром, психическое расстройство, диагноз, прогноз, профилактика.

Изучение учебной дисциплины «Основы психиатрии» должно обеспечить формирование у студентов академических, социально-личностных и профессиональных компетенций.

Требования к академическим компетенциям специалиста

Специалист должен:

– АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.

– АК-4. Уметь работать самостоятельно.

– АК-8. Обладать навыками устной и письменной коммуникации.

Требования к социально-личностным компетенциям специалиста

Специалист должен:

– СЛК-1. Обладать качествами гражданственности.

– СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

Требования к профессиональным компетенциям специалиста

Специалист должен быть способен:

– ПК-41. Структурировать знания, выделять главное, логически выстраивать изложение материала, выделяя основные причинно-следственные связи.

– ПК-49. Взаимодействовать с коллегами и специалистами смежных профессий по профессиональным вопросам в рамках своего учебного заведения и вне его.

Форма получения высшего образования: дневная, заочная.

На изучение учебной дисциплины «Основы психиатрии» учебным планом дневной формы получения образования отводится 58 учебных часов (1,5 зачетные единицы), из них 34 часа аудиторных занятий: 20 лекционных, 14 практических занятий, из них 4 часа УСРС.

В дневной форме получения образования дисциплина преподается на третьем курсе, шестом семестре. На самостоятельную работу отведено 24 часа. Форма контроля знаний – зачет.

В заочной форме получения образования дисциплина преподается на четвертом курсе. Распределение часов следующее: 8 лекционных, 2 семинарских часа. Форма контроля знаний – зачет.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

ТЕМА 1. ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

История развития зарубежной и отечественной психиатрии. Предмет, задачи и методы психиатрии. Этиология, патогенез и эпидемиология психических расстройств. Современные классификации психических расстройств: МКБ – 10, DSM- 4.

ТЕМА 2. ПСИХОПАТОЛОГИЯ СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ.

Феноменология и этиопатогенез сенсорных расстройств. Феноменология и этиопатогенез перцептивных расстройств. Феноменология и этиопатогенез психосенсорных расстройств.

ТЕМА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

Феноменология и этиопатогенез динамических расстройств мышления. Феноменология и этиопатогенез логико-грамматических расстройств мышления. Феноменология и этиопатогенез содержательных расстройств мышления.

ТЕМА 4. ПСИХОПАТОЛОГИЯ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВНИМАНИЯ, ВОЛИ И АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ

Феноменология и этиопатогенез мнестических расстройств. Феноменология и этиопатогенез расстройств внимания. Феноменология и этиопатогенез волевых расстройств. Феноменология и этиопатогенез аффективных расстройств.

ТЕМА 5. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.

Большие и малые синдромы. Положительные и негативные симптомы в структуре синдрома. Неврозоподобные синдромы (астенический синдром, обсессивно-фобический синдром, истерический синдром). Бредовые синдромы (паранояльный синдром, параноидный синдром, парафренный синдром, галлюцинаторный синдром, синдром умственного (психического) автоматизма, ипохондрический синдром). Синдромы эмоциональных нарушений (депрессивный синдром, маниакальный синдром). Синдромы расстройства сознания (состояние оглушенности, делирий, аменция, онейроидное расстройство сознания, сумеречное расстройство сознания, исключительные состояния сознания). Синдромы двигательного-волевого нарушения (кататонический синдром, апатико-абулический синдром). Синдромы интеллектуально-мнестических расстройств (корсаковский амнестический синдром, синдром прогрессирующей амнезии, дементный синдром).

ТЕМА 6. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением опиоидов. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением каннабиноидов. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением седативных и снотворных средств. Психические и поведенческие расстройства вызванные

употреблением кокаина. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением галлюциногенов. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением табака. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением летучих растворителей. Клинические и параклинические методы диагностики психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

ТЕМА 7. ШИЗОФРЕНИЯ, РАССТРОЙСТВА, БЛИЗКИЕ К ШИЗОФРЕНИИ.

Шизофрения и ее формы. Шизотипическое расстройство. Хронические бредовые расстройства. Индуцированное бредовое расстройство. Шизоаффективные расстройства. Другие неорганические психотические расстройства.

ТЕМА 8. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (расстройства настроения).

Маниакальный эпизод. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Хронические аффективные расстройства. Другие аффективные расстройства.

ТЕМА 9. ПСИХОПАТИИ.

Понятие психопатии. Основные классификации психопатий. Классификация Ганнушкина. Конституциональные психопатии. Органические психопатии. Краевые психопатии.

**Учебно-методическая карта учебной дисциплины «Основы психиатрии»
(дневная форма получения образования)**

№ темы	Наименование темы	Количество аудиторных часов			Литература	Количество часов самостоятельной работы	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические занятия	УСРС			
	Всего аудиторных часов по дисциплине	20	10	4		24	
1	Введение в психиатрию.	2				2	
	5. История развития зарубежной и отечественной психиатрии. 6. Предмет, задачи и направления психиатрии. 7. Этиология, патогенез и эпидемиология психических расстройств. 8. Современные классификации психических расстройств: МКБ – 10, DSM- 4.	2			Основная литература №№: 1,2,5. Дополнительная литература №№ 1,2,5,6.	2	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
2	Психопатология сенсорно-перцептивных процессов.	2	1			2	
	1. Феноменология и этиопатогенез сенсорных расстройств. 2. Феноменология и этиопатогенез перцептивных расстройств. 3. Феноменология и этиопатогенез психосенсорных расстройств.	2			Основная литература №: 1 Дополнительная литература №№:2,6,8.	2	Проверка конспектов.
	1. Расстройства сенсорных процессов. 2. Расстройства перцептивных процессов. 3. Психосенсорные расстройства.		1		Основная литература №: 1 Дополнительная литература №№:2,6,8.		Устный опрос, решение проблемных задач
3	Психопатология мышления.	2	1			2	
	1. Феноменология и этиопатогенез динамических расстройств мышления. 2. Феноменология и этиопатогенез логико-грамматических расстройств мышления. 3. Феноменология и этиопатогенез содержательных расстройств мышления.	2			Основная литература №: 1 Дополнительная литература №№:2,6,8.	2	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
	1. Расстройства динамической стороны мышления. 2. Нарушения логико-грамматической стороны мышления. 3. Расстройства содержательной стороны мышления.		1		Основная литература №: 1 Дополнительная литература №№:2,6,8.		Устный опрос, решение проблемных задач

4	Психопатология мнестической деятельности, внимания, воли и аффективной сферы.	2				2	
	1. Феноменология и этиопатогенез мнестических расстройств. 2. Феноменология и этиопатогенез расстройств внимания. 3. Феноменология и этиопатогенез волевых расстройств. 4. Феноменология и этиопатогенез аффективных расстройств.	2			Основная литература №: 1 Дополнительная литература №№:2,6,8.	2	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
5	Психопатологические синдромы	4	2	2		4	
	7. Неврозоподобные синдромы. 8. Бредовые синдромы. 9. Синдромы эмоциональных нарушений. 10. Синдромы расстройства сознания. 11. Синдромы двигательно-волевых нарушений. 12. Синдромы интеллектуально-мнестических расстройств.	4			Основная литература №№: 1,2,4. Дополнительная литература №№: 1,2,5,8	4	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
	6. Астенический, обсессивно-фобический, истерический синдромы. 7. Паранояльный, параноидный, парафренный, галлюцинаторный, ипохондрический синдромы, синдром умственного (психического) автоматизма. 8. Депрессивный и маниакальный синдромы. 9. Состояние оглушенности, делирий, аменция, онейроидное, сумеречное расстройство сознания, исключительные состояния сознания. 10. Кататонический и апатико-абулический синдромы. 11. Корсаковский амнестический, дементный синдромы, синдром прогрессирующей амнезии.		2		Основная литература №№: 1,2,4. Дополнительная литература №№: 1,2,5,8		Устный опрос, решение клинических задач
	УСРС 1. 1. Анализ психопатологического синдрома, взятого из литературного источника, анализ составляющих его симптомов. 2. Разработка схемы диагностического обследования.			2	Основная литература №№: 1,2,4. Дополнительная литература №№: 1,2,5,8 Список литературных и художественных источников		Проверка разработанных моделей.

6	Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.	2	2	2		4	
	1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. 2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. 3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. 4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств.	2			Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 5,6,7	4	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
	1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина. 2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, включая кофеин. 3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.		2		Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 5,6,7		Реализация творческого задания по заявленной проблематике (описать ситуации из реальной жизни)
	УСРС 1. Особенности перцептивной деятельности наркозависимых. 2. Особенности эмоционально-волевой сферы наркозависимых. 3. Особенности личности наркозависимых.			2	Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 5,6. Список литературных и художественных источников		Проверка рефератов, эссе и сочинений студентов по проблемному полю, отраженному в вопросах темы.
7	Шизофрения, расстройства, близкие к шизофрении	2	2			4	
	1. Шизофрения и ее формы. 2. Шизотипическое расстройство. 3. Хронические бредовые расстройства. 4. Индуцированные бредовые расстройства. 5. Шизоаффективные расстройства. 6. Другие неорганические психотические расстройства.	2			Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 1,2,6,8,9	4	Проверка конспектов

	<ul style="list-style-type: none"> 5. Симптоматика, синдромология, формы шизофрении. 6. Шизотипические и бредовые расстройства. 7. Индуцированное бредовое расстройство. 8. Шизоаффективное расстройство. 		2		<p>Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 1,2,6,8,9</p>		Устный опрос, решение клинических задач, анализ продуктов деятельности (рисунки, стихи)
8	Аффективные расстройства (расстройства настроения).	2				2	
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Маниакальный эпизод. 2. Биполярное аффективное расстройство. 3. Депрессивный эпизод. 4. Рекуррентное депрессивное расстройство. 5. Хронические аффективные расстройства. 	2			<p>Основная литература №№: 3,4. Дополнительная литература №№: 3,6,8.</p>	2	Проверка конспектов.
9	Психопатии.	2	2			2	
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Понятие психопатии. 2. Основные классификации психопатий. 3. Классификация Ганнушкина. 	2			<p>Основная литература №№: 3,4. Дополнительная литература №№: 1,4,6,8.</p>	2	Проверка конспектов.
	<ul style="list-style-type: none"> 1. Конституциональные психопатии. 2. Органические психопатии. 3. Краевые психопатии. 		2		<p>Основная литература №№: 3,4. Дополнительная литература №№: 1,4,6,8.</p>		Устный опрос, решение клинических задач

**Учебно-методическая карта учебной дисциплины «Основы психиатрии»
(заочная форма получения образования)**

№ темы	Наименование темы	Количество аудиторных часов		Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические занятия		
	Всего аудиторных часов по дисциплине	8	2		
1	Введение в психиатрию.	2			
	1. История развития зарубежной и отечественной психиатрии. 2. Предмет, задачи и направления психиатрии. 3. Этиология, патогенез и эпидемиология психических расстройств. 4. Современные классификации психических расстройств: МКБ – 10, DSM- 4.	2		Основная литература №№: 1,2,5. Дополнительная литература №№ 1,2,5,6.	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
2	Психопатологические синдромы	2			
	1. Большие и малые синдромы. 2. Положительные и негативные симптомы в структуре синдрома. 3. Основные виды психопатологических синдромов.	2		Основная литература №№: 1,2,4. Дополнительная литература №№: 1,2,5,8	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике
3	Шизофрения, расстройства, близкие к шизофрении	2	2		
	1. Шизофрения и ее формы. 2. Шизотипическое расстройство. 3. Хронические бредовые расстройства. 4. Индуцированные бредовые расстройства. 5. Шизоаффективные расстройства. 6. Другие неорганические психотические расстройства.	2		Основная литература №№: 2,3,4. Дополнительная литература №№: 1,2,6,9.	Разработка проблемных вопросов по изучаемой тематике

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Симптоматика, синдромология, формы шизофрении. 2. Шизотипические и бредовые расстройства. 3. Индуцированное бредовое расстройство. 4. Шизоаффективное расстройство. 		2		<p>Основная литература №№: 2,3,4.</p> <p>Дополнительная литература №№: 1,2,6,8,9</p>
4	Аффективные расстройства (расстройства настроения).	2			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Маниакальный эпизод. 2. Биполярное аффективное расстройство. 3. Депрессивный эпизод. 4. Рекуррентное депрессивное расстройство. 5. Хронические аффективные расстройства. 	2		<p>Основная литература №№: 3,4.</p> <p>Дополнительная литература №№: 3,6.</p>	<p>Проверка конспектов.</p>

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
3. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с.;
5. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – М.: – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Дополнительная литература.

1. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;
3. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко. – СПб.:ИКФ «Фолиант», 2011. — с. 192;
4. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000;
5. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;
6. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
7. Профилактика наркотизма: теория и практика под. Ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Научное издание. Монография, Самара, 2008.
8. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006;

9. Фулер, Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. СПб., 1996.

10. Учебно-методический комплекс «Основы психиатрии»
<http://elib.bspu.by/handle/doc/240>

Перечень используемых средств диагностики результатов учебной деятельности

- устный опрос во время занятий;
- тесты учебных достижений;
- клинические учебные задачи;
- письменные контрольные работы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов – это вид учебной деятельности студентов в процессе освоения образовательных программ высшего образования, осуществляемой самостоятельно вне аудитории с использованием различных средств обучения и источников информации.

Целью управляемой самостоятельной работы студентов по учебной дисциплине «Общая и детская психиатрия» является:

- создание условий для реализации творческих способностей студентов;
- развитие академических, профессиональных, социально-личностных компетенций;
- овладение студентами в процессе обучения научными методами познания, умениями и навыками выполнения самостоятельной работы, углубленное и творческое освоение учебного материала;
- формирование у студентов умений и навыков самостоятельного решения актуальных учебных, научных и инновационных задач;
- личностное развитие студентов в качестве субъектов образовательной и профессиональной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

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

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем;
- 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.

Для усвоения студентами понятийно-категориального аппарата по основам психиатрии необходимой формой самостоятельной работы является составление глоссария по теме, работа со словарями психиатрических терминов, написание эссе с использованием идей, концепций, ассоциативных образов, собственного опыта, которое может быть описательным, сравнивающим, в форме литературного анализа.

Для практико-ориентированной подготовки студентов важной формой работы является решение разного уровня сложности психологических учебных задач с обоснованием их решения.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ УСРС

Управляемая самостоятельная работа как важная составная часть образовательного процесса должна опираться на мотивацию студентов, доступность и качество научно-методического и материально-технического обеспечения образовательного процесса, сопровождаться эффективной системой контроля и способствовать усилению практической направленности обучения.

При выполнении управляемой самостоятельной работы создаются условия, при которых обеспечивается активная позиция студентов в самостоятельном получении знаний и систематическом применении их на практике.

Тема 1: Психопатологические синдромы.

Цель: Изучение психопатологического синдрома, анализ составляющих его симптомов.

Модуль 1: написать реферат по указанной проблеме с использованием следующих источников:

8. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов. Н.Г. Незнанов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. – 384 с.;

9. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;

10. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;

11. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М.: изд-во Бином-Пресс, 2014, 424 с.;

12. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. М.: изд-во Москва-Воронеж, НПО «МОДЕК», 2002;

13. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;

14. Рустанович, А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006.

Модуль 2: Найти наиболее яркое описание одного из изученных психопатологических синдромов в литературных и художественных источниках, дать анализ составляющим его симптомам, написать эссе, разработать схему диагностического обследования.

Примерный список художественных и литературных источников для выполнения УСРС

1. Чехов А.П. Человек в футляре;
2. Чехов А.П. Палата № 6;
3. Гоголь Н.В. Мертвые души;
4. Достоевский Ф.М. Идиот, Бесы;
5. Толстой Л.Н. Крейцера соната;
6. Лермонтов М.Ю. Испанцы;
7. Кизи К. Над кукушкиным гнездом;
8. Стихи Есенина;
9. Экзюпери С. Маленький принц;
10. Булгаков Мастер и Маргарита, Морфий;
11. Записки сумасшедшего;
12. Записки психиатра;
13. Казус Кукоцкого.
- а. Фильмы:
14. Последнее танго в Париже;
15. Форрест гамп;
16. Человек дождя;
17. Страна приливов;
18. Игры разума;
19. Мистер Джонс;
20. Астенический синдром;
21. Айрис;
22. Птаха;
23. Сияние;
24. Реквием по мечте;
25. Девушка, которую подставили;
26. Дневники памяти;
27. Остров проклятых;
28. Я;
29. Босиком по мостовой;
30. Донни Дарко;
31. Машинист;
32. Прерванная жизнь;
33. Лучше не бывает.

Модуль 3: Используя список основной и дополнительной литературы, художественных источников, составить по изучаемой проблематике тестовые задания, кроссворды, клинические задачи.

Форма контроля: Включение данной темы в качестве практического вопроса в состав вопросов к зачету.

Тема 2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

Цель: описать психологические особенности лиц с зависимостью от психоактивных веществ на основе литературных и художественных источников.

План:

Модуль 1: написать реферат по указанной проблеме с использованием следующих источников:

План:

4. Особенности перцептивной и мнестической деятельности наркозависимых.
5. Особенности эмоционально-волевой сферы наркозависимых.
6. Особенности личности наркозависимых.
 6. Клиническая психиатрия. Детский возраст: Учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Мн.: Высш. шк., 2006;
 7. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
 8. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012, - 624 с;
 9. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Мн.: Беларусь, 2006;
 10. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;

Модуль 2: Найти описание клинического случая зависимости от психоактивных веществ в литературных и художественных источниках, дать анализ составляющим его симптомам, написать эссе.

Примерный список художественных и литературных источников для выполнения УСРС

1. М.Булгаков Морфий
2. Ш.Бодлер Опиоман
3. У.С.Берроузю Джанки. Исповедь неисправимого наркомана
4. И.Уэлш. На игле
5. И.Уэлш. Экстази
6. А.Кроули. Дневник наркомана

Фильмы:

7. Реквием по мечте;
8. Морфий;
9. Высший пилотаж
10. Кокаин;
11. На игле;

12. Все обо мне.

Модуль 3: Используя список основной и дополнительной литературы, художественных источников, составить по изучаемой проблематике тестовые задания, кроссворды, клинические задачи.

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ» С ДРУГИМИ
ДИСЦИПЛИНАМИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

Название дисциплины, с которой требуется согласование	Название кафедры	Предложения об изменениях содержания учебной программы изучаемой дисциплины	Решение, принятое кафедрой, разработавшей учебную программу (с указанием даты и номером протокола)
1	2	3	4
Медицинская и специальная психология	Клинической и консультативной психологии	Предложений нет	Протокол № 4 от 26.11.2015 г.

Список литературных источников и фильмов для выполнения УСРС:

1. Булгаков М.А. – «Мастер и Маргарита», «Морфий»;
2. Чехов А.П. – «Палата № 6», «Человек в футляре»;
3. Бальзак О. – «Гобсек»;
4. Гоголь Н.В. – «Мертвые души», «Записки сумасшедшего»;
5. Достоевский Ф.М. - «Идиот», «Бесы»;
6. Толстой Л.Н. «Крейцера соната»;
7. Лермонтов М.Ю. – «Испанцы»;
8. Кизи К. – «Над кукушкиным гнездом»;
9. Экзюпери С. – «Маленький принц»;
10. Мережковский Д.С. – «Христос и антихрист»;
11. Стихи Есенина
12. Улицкая Л. – «Казус Кукоцкого»

Фильмы:

Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз):

1. Мистер Джонс (1993)
2. Поллок (2001)
3. Сильвия (2003)
4. Безумная любовь (1995)
5. Заклинатель лошадей (1998)
6. Майкл Клейтон (2007)
7. Информатор (2009)

Большое депрессивное расстройство

1. Обыкновенные люди (1980)
2. Ангел за моим столом (1990)
3. Мясник (1997)
4. Нация прозака (2001)
5. Часы (2002)
6. Покушение на Ричарда Никсона (2004)
7. Вероника решает умереть (2009)

Диссоциативные расстройства:

1. Сердце ангела (1987)
2. Цвет ночи (1994)
3. Никогда не разговаривай с незнакомцами (1995)
4. Два убийцы (1998)
5. Ураган (1999)
6. Я, снова я и Ирэн (2000)
7. Две жизни (2000)
8. История двух сестёр (2003)
9. Идентификация (2003)
10. Гипноз (2004)
11. Тайное окно (2004)
12. Машинист (2004)

13. Игра в прятки (2005)
14. Пиджак (2005)
15. Три ключа (2007)
16. Безумный следователь (2007)
17. Беспомощный (2007)
18. Дороти Миллс (2008)
19. Тёмные этажи (2008)
20. Незваные (2009)
21. Пикок (2010)
22. Френки и Элис (2010)

Обсессивно-компульсивное расстройство:

1. А как же Боб? (1991)
2. Лучше не бывает (1997)
3. Планета Ка-Пэкс (2001)
4. Великолепная афера (2003)
5. Грязная Любовь (2004)
6. Авиатор (2004)

Ретроградная амнезия:

1. Малхолланд Драйв (2001)
2. Число 23 (2007)

Шизофрения:

1. Король-рыбак (1991)
2. Бенни и Джун (1993)
3. Безумие короля Георга (1994)
4. Чистый, бритый (1995)
5. Теория заговора (1997)
6. Ослёнок Джулиэн (1999)
7. Посланница: История Жанны д'Арк (1999)
8. Игры разума (2001)
9. Донни Дарко (2001)
10. Планета Ка-Пэкс (2001)
11. Мэй (2002)
12. Игби идёт ко дну (2002)
13. Паук (2002)
14. В руках бога (2004)
15. Паучий лес (2004)
16. Кто вы, мистер Брукс? (2007)
17. Солист (2008)
18. Остров проклятых (2010)
19. Чёрный лебедь (2010)
20. Идеальный хозяин (2010)
21. Запрещённый приём (2011)
22. Пи (1997)

Бредовое расстройство и другие психотические расстройства:

1. Король комедии (1982)
2. Роковое влечение (1987)
3. Ларс и настоящая девушка (2007)
4. Одержимость (2009)

Суггестия, внушение, транс:

1. Дикая орхидея (1989).

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов, Ю.А., Антропов, А.Ю., Незнанов, Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов. Н.Г. Незнанов. – М. : ГЭОТАР– Медиа, 2010. – 384 с.;
2. Клиническая психиатрия. Детский возраст : учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. Минск : Высш. шк., 2006;
3. МКБ – 10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб., 2005;
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красновой, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2012, – 624 с;
5. Психиатрия : учеб. пособие / под ред. В. П. Самохвалова. – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 576 с.
6. Цыганков, Б.Д., Овсянников, С.А. Психиатрия / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. – М. : – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.

Дополнительная литература.

1. Беккер, И.М. Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии / И.М. Беккер. – М. : изд-во Бином-Пресс, 2014. – 424 с.;
2. Блейхер, В.М., Крук, И.В., Боков, С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов.. – М. : изд-во НПО «МОДЕК», 2002;
3. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии : руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко. – СПб. :ИКФ «Фолиант», 2011. – с. 192;
4. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2000;
5. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для всех / Р.А. Евсегнеев. – Минск : Беларусь, 2006;
6. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учебное пособие / под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. – М. : ИНФРА-М, 2014. – 432 с.;
7. Рустанович, А.В., Шамрей, В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах, рисунках. / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей / издание 3-е дополненное и переработанное. – СПб. : «ЭЛБИ-СПб», 2006;

ГЛОССАРИЙ

1. Ангедония – утрата способности переживать положительные эмоции или притупление положительных эмоций.
2. Агнозия (познавание) – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функций органов чувств, наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.
3. Агорафобия – навязчивый страх открытых пространств (площадей, улиц).
4. Акрофобия (гипсофобия) – навязчивый страх высоты, глубины.
5. Алгофобия–навязчивый страх боли.
6. Амбивалентность (психическая двойственность) – одновременное возникновение противоположных чувств по отношению к одному и тому же объекту или человеку.
7. Аменция (аментивный синдром, аментивное помрачение сознания) – форма омрачения сознания с преобладанием бессвязности речи, моторики и растерянностью.
8. Амнезия – полное выпадение из памяти событий, фактов, явлений, имеющих место в определенный временной период, или же выпадение из памяти той или иной конкретной ситуации.
9. Амнестические синдромы - симптомокомплекс, сочетающий в себе расстройство памяти на текущие события (фиксационная амнезия), расстройство ориентирования во времени, окружении, месте и наличие ложных воспоминаний.
10. Анестезия (греч. anaesthesia бесчувственность) потеря чувствительности, исчезновение ощущений, утрата способности ощущать различные виды раздражений. Характерна для комы, сопора, истерических, невротических синдромов.
11. Антропобия – навязчивый страх контактов с людьми вообще, независимо от пола или возраста.
12. Апатия (греч. бесчувственность) расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью.
13. Апрозексия (греч. aprosexia невнимательность) - снижение способности активно направлять и фиксировать внимание.
14. Астенический синдром (астения) – состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.
15. Астрофобия – навязчивый страх грома (молнии).
16. Аутизм – нарушение социальных связей, потеря контакта с реальностью и уход в себя, в мир внутренних переживаний.
17. Аффект (лат. переживание) – кратковременное сильное душевное волнение (эмоциональная реакция большой силы), протекающее с

возбуждением, сопровождаемым пантомимическими и вегетативными проявлениями.

18. Аффективные (эмоциональные) синдромы – психопатологические состояния в форме стойких изменений настроения, чаще всего проявляющихся его снижением (депрессия) или повышением (мания) и апатоабулическим синдромом.

19. Вербигерация – стереотип речи: ритмичное однотонное повторение какого-нибудь слова или словосочетания, иногда бессмысленное нанизывание сходных по звучанию слов, слогов.

20. Вертигофобия – навязчивый страх головокружения.

21. Внимание – это направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте или виде деятельности, имеющее для личности особую значимость в момент деятельности.

22. Воля – это сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленных целей.

23. Восприятие – это психический процесс, отражение предметов и явлений в совокупности их чувственно конкретных свойств, – это целостное отражение явлений и предметов окружающего мира.

24. Галлюцинации (бред) – это чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до яркости восприятия, это – восприятие без объекта.

25. Гебефрения – это состояние, при котором отмечается нарушение мыслительного процесса и эмоциональной сферы.

26. Гематофобия – навязчивый страх крови.

27. Геронтофилия – патологическое влечение к лицам пожилого возраста.

28. Гидрофобия – навязчивый страх воды.

29. Гинекофобия – навязчивый страх контактов с женщинами.

30. Гипербулия – болезненно повышенная волевая активность.

31. Гиперестезия – резкое усиление восприимчивости при воздействии обычных или даже слабых, нередко индифферентных раздражителей, повышение способности ощущать различные в ды раздражений.

32. Гипермнезия – усиление памяти.

33. Гипертимия – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством радости, силы, энергетического подъема («веселость, брызжущая через край»), резко снижающее глубину и направленность познавательных процессов.

34. Гипертимия – болезненно приподнятое настроение, часто заразительное.

35. Гипобулия – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели.

36. Гипомнезия – постепенное ослабление или частичное выпадение памяти.

37. Гипермнезия – усиление памяти.

38. Гипестезия – понижение чувствительности к внешним раздражителям. Наблюдаются при алкогольном и наркотическом опьянении, делирии, оглушении, депрессивных и истерических состояниях.

39. Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как, грусть, печаль, уныние, угнетенность, подавленность, скорбь, щемление, чувство безысходности, сопровождающееся чувством физического неблагополучия, пассивности, беспомощности, суицидными мыслями и поступками.

40. Гомосексуализм – получение полового удовлетворения от лица своего пола, равнодушие к лицам противоположного пола.

41. Дебильность – обучаемы, грамотная речь, внушаемы, отсутствует способность к абстрактному мышлению (IQ=50–70).

42. Делириозный синдром (делирий) – помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение.

43. Деменция – приобретенное слабоумие (после 3 лет жизни).

44. Дентофобия – навязчивый страх зубных врачей, стоматологического кресла и инструментов.

45. Дерезализация – чувство призрачности, чуждости больному окружающего его мира, которое воспринимается неотчетливо, неясно как нечто бесцветное, застывшее, декоративное, нереальное.

46. Дипсомания – влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами.

47. Дисмнезии – это количественные нарушения памяти, встречаются в форме гипермнезии, гипомнезии, амнезии.

48. Дисфория – болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством.

49. Дромомания – импульсивное влечение к перемене мест, влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях.

50. Зоофилия – половые отношения с животными.

51. Зоофобия – навязчивый страх к тактов с животными.

52. Идиотия – отсутствует способность к самообслуживанию, грубые нарушения развития, речь не развита (IQ <20);

53. Иллюзии (играю чем-либо, обманываю) – это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта.

54. Имбецильность – способны к самообслуживанию, не обучаемы (IQ=20–50);

55. Интеллект – совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний и навыков, а также способность их использовать в практической деятельности.

56. Интерорецепторы – несут информацию о состоянии внутренней среды и делятся на проприоцепторы и собственно интероцепторы.

57. Инцест – половые отношения с близкими кровными родственниками.

58. Ипохондрический синдром – убежденность в наличии тяжелого заболевания, проявляющаяся навязчивыми, сверхценными идеями или бредом.

59. Ипохондричность – чрезмерные опасения развивающейся болезни.

60. Истерический синдром – симптомокомплекс психических, вегетативных, двигательных и сенсорных нарушений, часто возникает у незрелых, инфантильных, эгоцентричных личностей после психической травмы.

61. Канцерофобия – страх заболеть онкологическим заболеванием,

62. Кардиофобия – страх любого сердечно-сосудистого заболевания.

63. Каталепсия (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна.

64. Кататонический синдром (кататония) – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме двигательной заторможенности, молчания, мышечной гипертонии (кататонический ступор), или в форме гиперкинеза (кататоническое возбуждение).

65. Клаустрофобия – навязчивый страх замкнутых пространств, помещений (квартира, лифт).

66. Клептомания или импульсивное воровство – немотивированное влечение к воровству.

67. Кома (глубокий сон) – выключение сознания с полной утратой восприятия окружающего мира, самого себя других признаков психической деятельности, при этом глаза прикрыты; приподняв веки больного, можно увидеть неподвижный взор или содружественные плавающие движения глазных яблок.

68. Компьютерная томография (КТ) позволяет послойно исследовать плотность вещества мозга рентгенологическом сканировании с последующей компьютерной обработкой изображения.

69. Конфабуляции («вымыслы памяти», «галлюцинации памяти», «бред воображения») – провалы в памяти заполняются вымыслом, «вспоминается» то, чего на деле никогда не было.

70. Копролалия – импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ля Туретта.

71. Корсаковский синдром – сочетание расстройств памяти на текущие события (при сохранности на более отдаленные события) и дезориентировка в месте и времени с наличием конфабуляций.

72. Криптомнезии - скрытые воспоминания, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

73. Лакунарное слабоумие - затрагивает лишь отдельные сферы психической деятельности: память, внимание.

74. Мазохизм – получение удовольствия при истязании лицом противоположного пола.

75. Макропсия – размеры видимых предметов кажутся бóльшими, чем есть

76. Мания – психическое расстройство, сопровождающееся чувством радости, легкости, повышенного настроения и аффектом гнева.

77. Ментизм (наплыв мыслей) – непроизвольно возникающий непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей», наплыв образов, представлений помимо воли больного.

78. Мизофобия – навязчивый страх загрязнения.

79. Микропсия – размеры видимых предметов кажутся меньшими, чем есть

80. Мифомания – непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.

81. Мория – веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам; всегда сопровождается симптомами интеллектуального снижения, деменции.

82. Мотивация – субъективно окрашенное состояние, возникающее на основе активации мозговых структур, побуждающее человека совершать действия, направленные на удовлетворение своих потребностей.

83. Мутизм – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;

84. Мышление – специфическая для человека категория психической деятельности – опосредованное, отвлеченное, обобщенное познание явлений внешнего мира, их сущности, существующих между ними связей, осуществляемое путем мыслительных операций (анализа и синтеза, сравнения и различения, суждений умозаключений и др.)

85. Наркомания – это болезненное состояние, характеризующееся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном многократном употреблении психоактивных средств, принимающее форму непреодолимого влечения.

86. Нарциссизм – получение удовольствия при созерцании своего обнаженного тела в зеркале.

87. Настроение – длительное, устойчивое эмоциональное состояние, носящее относительно нейтральный характер, но имеющее некоторый оттенок, выражающий наличие комфорта или дискомфорта в организме и окружающей среде.

88. Невротические синдромы – психопатологические синдромы, при которых наблюдаются расстройства, свойственные неврастениям, неврозу навязчивых состояний или истерии.

89. Негативизм – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);

90. Некрофилия – патологическое влечение к трупам.

91. Некрофобия – навязчивый страх мертвых, трупов.

92. Неологизм – образование новых слов, необычных, значение которых понятно только больному.

93. Никтофобия – навязчивая боязнь темноты.

94. Нозофобия – навязчивый страх заболеть.

95. Обсессивный синдром (синдром навязчивых состояний) – психопатологическое состояние с преобладанием явлений навязчивости.

96. Оглушение – угнетение сознания, характеризующееся умеренным или значительным снижением уровня бодрствования, сонливостью, повышением порога восприятия всех внешних раздражителей, торпидностью психических процессов.

97. Оксифобия – навязчивый страх острых предметов.

98. Онейроидный синдром – грезоподобное помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаций.

99. Ощущение (психический процесс) – отражение отдельных свойств и качеств предметов и явлений объективного, возникающее в результате воздействия их на рецепторные зоны и возбуждение нервных центров коры головного мозга.

100. Палимпсест – расстройство памяти в виде утраты воспоминаний об отдельных событиях, имевших место накануне, когда больной был в состоянии опьянения, при возможности воспроизвести общий ход событий.

101. Память – это психический процесс, выполняющий функцию накопления, сохранения, и влечения воспроизведения опыта (представлений) чувственного и рационального познания человеком окружающей среды и самого себя, что обеспечивает дифференцированное его приспособление.

102. Парабулия – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:

103. Паралогия (неразумный) – характеризуется утратой логических связей, и способностью делать правильные выводы, вытекающие из логических предпосылок.

104. Парамнезия – качественное нарушение памяти, проявляющееся в форме псевдореминисценций, криптомнезий, конфабуляций.

105. Парафренный синдром (бред воображения) – представляет собой сочетание фантастического бреда величия с более или менее систематизированным бредом преследования или воздействия.

106. Пассивная подчиняемость – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;

107. Патологический аффект – кратковременное психическое расстройство в ответ на травмирующее переживание, приводящее к истощению психических процессов, неадекватное по силе и качеству раздражителю, сопровождающееся бурными двигательными и вазовегетативными проявлениями, резким сужением, а затем помрачением сознания, характеризуется частичной или полной амнезией.

108. Педофилия – патологическое влечение к детям (умственно отсталые).

109. Персеверация – повторение одних и тех же слов, предложений в ответ на разнообразные вопросы, несмотря на стремление больного перейти к другой теме или попытки врача ввести новые стимулы.

110. Петтофобия – навязчивый страх, боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних.

111. Пиромания – влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.

112. Полидипсия – повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда (эндокринные заболевания).

113. Полиэстезия (чувство, ощущение) – это нарушение поверхностной чувствительности, при котором раздражение одной точки воспринимается как раздражение многих точек при невротических синдромах, депрессиях, сенестопатических (паранойяльных, параноидных, парафренических), аффективно-бредовых и психоорганическом синдромах.

114. Представление – след бывшего восприятия, образ предмета (или явления), воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений или благодаря воображению.

115. Проприорецепторы – несут информацию о положении тела и взаиморасположения конечностей.

116. Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания о событиях, действительно происходивших, но искаженных, неверно соотнесенных во времени и месте.

117. Психоанализ – динамическое направление в психотерапии.

118. Психосенсорные расстройства – сложное искажение восприятия внешнего мира и собственного тела, при которых расстраиваются не ощущения, а их синтез – сенсорный синтез.

119. Резонерство – бесплодное рассуждательство («бесплодное мудрствование»), с преобладанием пространных отвлеченных, часто мало содержательных или туманных рассуждений на общие темы, склонность к

употреблению высокопарных выражений, необоснованное применение научных терминов, философских рассуждений на общие темы.

120. Реоэнцефалография (РЭГ) основана на изучении электрического сопротивления ткани головного мозга.

121. Садизм – получение полового удовольствия при истязании лица противоположного пола (психопаты). Может быть физическим и психологическим.

122. Сенестопатия (болезнь, страдание) – психосоматические ощущения развиваются от простых (соматические ощущения) к сложным, полиморфным, причудливым с необычной локализацией. Наблюдаются при выходе из интоксикации психостимуляторами, в синдроме отмены каннабиоидов, снотворных, психостимуляторов, ингалянтов.

123. Синдром – устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенетическим механизмом.

124. Синестезия – когда внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с другого или нескольких анализаторов (напр., ощущение цвета при слушании музыки). Может встречаться у здоровых людей в норме, чаще всего у одаренных музыкантов, поэтов, художников.

125. Сознание – высшая форма отражения объективной действительности, свойственная лишь человеку, представляющая собой совокупность психических процессов, помогающих ему ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, обеспечивающих преемственность опыта, единство и многообразие поведения.

126. Сомнамбулизм – снохождения, лунатизм.

127. Сопор – глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных двигательных реакций и открывания глаз в ответ на боль, патологическая сонливость, аспонтанность.

128. Спидофобия – страх заболеть СПИДом,

129. Стереотипии – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – вербигерации);

130. Страсть – длительное выраженное напряженное эмоциональное отношение с направленностью на определенный объект или вид деятельности

131. Страх, как патологическое состояние – переживание сиюминутной опасности, с ощущением непосредственной угрозы жизни, благополучию, вызванное болезненным психическим состоянием без реального основания.

132. Стресс (напряжение) – неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, характеризующееся выраженным

эмоциональным переживанием (аффектом). Стресс может носить позитивный, мобилизующий и негативный (дистресс) характер.

133. Ступор – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими.

134. Танатофобия – навязчивый страх смерти.

135. Тафефобия – навязчивый страх быть погребенным заживо.

136. Тоска – сопровождается характерным тягостным ощущением, стеснением за грудиной, сопровождается преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов.

137. Тотальная деменция проявляется относительно равномерным снижением всех познавательных процессов: мышления, памяти, внимания и др.

138. Трансвестизм – патологическое стойкое стремление носить одежду и прически противоположного пола и его роль. Истинный – с детства, ложный – только для получения полового удовлетворения.

139. Тревога – гипотимия в сочетании с ожиданием несчастья и чувством внутреннего напряжения, внутренним волнением, беспокойством, напряжением, чувством томительного ожидания грядущей беды, отчаянием, опасениями за судьбу родных.

140. Урофобия – навязчивый страх неодолимого позыва к мочеиспусканию.

141. Фетишизм – получение полового удовлетворения при собирании предметов, принадлежащих лицам противоположного пола.

142. Фобифобия – навязчивый страх страха у человека, когда-либо пережившего эпизод навязчивого страха, это страх повторения фобии.

143. Чувство – одно из проявлений эмоциональных отношений, имеющее четко выраженный предметный характер, отражающее конкретную содержательную субъективную оценку человеком определенного субъекта или объекта.

144. Шизофрения – заболевание, характеризующееся непрерывно прогрессирующим течением и характерными изменениями личности, выражающимися в эмоциональном оскудении, снижении энергетического потенциала, утрате единства личности, потере связи с реальностью, характерными расстройствами мышления.

145. Шперрунг (закупоривать) – внезапная, обычно кратковременная остановка, обрыв мыслей, возникает «пустота в мыслях», «блокирование мыслей».

146. Эйфория – болезненно повышенное настроение, сопровождающееся чувством удовольствия, комфорта, благополучия, расслабленности, препятствует познавательным процессам.

147. Эксгибиционизм – непреодолимое и желание неожиданно обнажать свои половые органы перед лицом противоположного пола (у мужчин при алкоголизме, умственно отсталых).

148. Эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость и импульсивность в сочетании с инертностью тугоподвижностью, доминирует злобно-тоскливое настроение.

149. Экстаз – гипертимия с преобладанием восторга, вплоть до истступленного восхищения, чувства пр зрения, зарения.

150. Экстероцепторы – располагаются на поверхности тела и отражают внешний мир.

151. Эмоции – это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека – от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения.

152. Эмоциональная неадекватность - качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу.

153. Эмоциональная, или аффективная, тупость – расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность.

154. Эмоциональное огрубение – проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность.

155. Эмоциональные реакции – эмоциональные ответы на биологически или социально значимые раздражители, они отличаются кратковременностью и большой интенсивностью.

156. Эмпатия – эмоциональная отзывчивость человека на переживания другого.

157. Эхолалия – стереотипное повторение услышанных фраз.

158. Эхомимия – произвольное повторение выражения лица собеседника.

159. Эхопраксия – повторение увиденных у окружающих движений.

160. Яктация – двигательное возбуждение «в пределах постели».