федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Психиатрия

по направлению специальности

31.08.20 Психиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению специальности 31.08.20, психиатрия

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является: В результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) обучающийся должен: овладеть новым уровнем знаний по вопросам психиатрии.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | | Тема самостоятельной  работы | | Форма  самостоятельной работы | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля | |
| 1 | | | 2 | | 3 | 4 | 5 | |
| Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины | | | | | | | | |
| 1 | | | Написание полной клинической истории болезни | | Написание полной истории болезни | устный опрос; проверка практических навыков | КСР, на базе практической подготовки, аудиторная- на базе практической подготовки. | |
| Самостоятельная работа в рамках модуля | | | | | | | | |
|  | | | Модуль «Этиология и патогенез психических заболеваний» | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
|  | | | Модуль «Общая психопатология» | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
|  | | | Модуль «Лечение и реабилитация. Основы психопрофилактики.» | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
|  | | | Модуль «Частная психиатрия. Клиника и диагностика психических заболеваний. МКБ № 10» | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Этиология и патогенез психических заболеваний» | | | | | | | | |
| 11 | Тема «Предмет и задачи психиатрии. Этиопатогенез психических заболеваний." | | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию  Раздача тем рефератов по 4 модулям | Контроль выполнения практического задания  Устный опрос  Реферат | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях  КСР, на базе практической подготовки | |
| 22 | 2.Тема «Структура этиопатогенетических факторов: триггерный механизм, этиология, почва, патогенез, преципитирующие факторы влияющие на развитие заболевания." | | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 33 | Тема «Биологические факторы этиопатогенеза: эндогенные." | | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 44 | Тема «Биологические факторы этиопатогенеза: экзогенные." | | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 1… | 5 Тема «Психогенные факторы." | | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 16 | | Тема «Социальные и социально-психологические факторы." | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| … | | 7 Тема «Биопсихосоциальная модель генеза психических расстройств" | | | Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Общая психопатология» | | | | | | | | |
|  | | 1 Тема «Введение в общую психопатологию. Симптом синдром. Закономерности синдромообразования и течения психических болезней.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 2 Тема «Понятие симптом, синдром. Астенический синдром, его разновидности (неврастенический, церебрастенический)" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 3 Тема «Расстройства ощущений и восприятий: сенестопатии, гиперестезии, анестезии, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства. Синдромы галлюцинаторных расстройств. Роль В.Х. Кандинского в развитии учения о галлюцинациях." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 4 Тема «Бредовые, сверхценные и навязчивые идеи. Классификация бредовых идей. Бредовые синдромы." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 5 Тема «Навязчивые состояния." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 6 Тема «Ипохондрические расстройства" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 7 Тема «Истерический синдром." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 8 Тема «Память и основные формы ее нарушений. Корсаковский синдром" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 9 Тема «Расстройства памяти и интеллекта. Психоорганический синдром (его варианты). Синдромы слабоумия (олигофрении и деменции)" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 10 Тема «Основные формы расстройств течения мыслей." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 11 Тема «Виды эмоциональных расстройств" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 12 Тема «Нарушения воли и влечений" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 13 Тема «Гебефренический и кататонические синдромы." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 14 Тема «Синдромы нарушения ясности сознания. Деперсонализация." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 15 Тема «Формы психомоторного возбуждения, их купирование" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Лечение и реабилитация. Основы психопрофилактики.» | | | | | | | | |
|  | | 1 Тема «Терапия психических болезней. Основные принципы и виды терапии в психиатрии." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 2 Тема «Биологическая терапия: психофармакологическая, электросудорожная, инсулинотерапия" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 3 Тема «Психофармакотерапия. Механизм действия и спектр психотропной активности препаратов различных классов: антипсихотики (нейролептики), антидепрессанты, нормотимики, анксиолитики, гипнотики, психостимуляторы, ноотропы, противосудорожные препараты." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 4 Тема «Психотерапия, основные ее направления и виды." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 5 Тема «Основы профилактики. Задачи и виды." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Частная психиатрия. Клиника и диагностика психических заболеваний. МКБ № 10." | | | | | | | | |
|  | | 1 Тема «Развитие нозологического направления в психиатрии (Крепелин Э. и Корсаков С.С.). Критерии нозологической единицы в психиатрии." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 2 Тема «Современные систематики психических заболеваний." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 3 Тема «Шизофрения. История учения о шизофрении (Морель Б., Геккер Х., Кальбаум К., Маньян В., Крепелин Э., Блейер Е., Шнайдер К., Снежневский А.В.)" | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 4 Тема «Шизофрения. Распространенность, этиология, полигенная (биопсихосоциальная модель) концепция шизофрении." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | | 5 Тема «Клиника шизофрении: основные (негативные) и факультативные (продуктивные) симптомы и синдромы, а также нейрокогнитивный дефицит." | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «TimesNewRoman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использоватьклассическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ О РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

1. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем следует обращаться на "Вы", называя их по имени и отчеству.
2. Беседовать с больными в серьезном тоне, неторопливо. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
3. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направить разговор в нужную сторону.
4. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости­ дать ответ на соответствующие вопросы больного, направлять его к лечащему врачу.
5. Не вести в присутствии больного разговор на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
6. Не обманывать больных. Воздержаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
7. Следить, чтобы больной после обследования не остался без надзора. Побеседо­вав с ним, передавать его дежурному персоналу. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
8. Не выполнять без ведома врача каких-либо просьб больного, не передавать  
   письма, вещи, не сообщать каких-либо сведений о больном.
9. Не оставлять в отделении: спичек, лезвий от бритв, булавок.

**Методические указания обучающимся к написанию**

**психического статуса**

**План психического статуса**

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

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

**Приемы исследования памяти и мышления**

***Внимание:***

а) Наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной

сосредоточиться, слушая, что ему говорят и пересказать;

б) Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) Перечисление дней недели в обратном порядке.

***Память:***

а) Проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел.

б) Запоминание нескольких однозначных цифр, слов (не менее пяти), например: нужно спросить их через 1 мин., через 10 мин., через час.

в) Прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания. Например: ПЛОХОЙ СТОРОЖ. У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко. УМНАЯ ГАЛКА. Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было ее достать. Она стала кидать в кувшин камешки и столько набросала, что вода поднялась и можно было пить.

г) Память на прошедшие события, на общеизвестные исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных "на­водящих" вопросов: "Что вчера здесь произошло?". "Где вы были вчера?", "Кого встретили?". "Куда ходили?","Куда ездили?".

***Мышление:***

Кроме проб, необходимо наблюдение за поведением больного в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувств такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определенной степени слабо­умия во внимание принимается культурный уровень больного, запас знаний.

а) Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание боль­ными возможных причин этих поступков, умение планировать действия при решении привычных задач, например: рассказать, как приготовить пищу, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.д.

б) Способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению исследу­ются путем проб на обобщение однородных понятий, например, стол, стул, диван (мебель), разграничение понятий: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии - более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка; понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применять их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа.

***При исследовании критики выясняют:***

а) отношение пациента к его болезни в целом - считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает сам факт заболевания;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям: как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи, отношение к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способ­ность улавливать ошибки в суждениях других больных или ошибки в суждениях, нарочито высказанных собеседником;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больных на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления, как развязность, бестактность.

**Методические рекомендации обучающимся по написанию полной истории болезни**

**ПЛАН ПОЛНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА**

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

2. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ.

***A. Семейный анамнез.***

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

***Б. Анамнез жизни.***

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

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

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

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

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

***B. Анамнез заболевания.***

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Оценка течения заболевания.
4. Оценка "почвы" и предполагаемая у данного больного этиология.
5. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).
6. Дифференциальный диагноз: клинические особенности, отклоняющиеся от ти­пичных для предположенного заболевания, сходные с теми, которые бывают при других болезнях, дифференциация с этими заболеваниями.
7. Окончательный диагноз.

5. НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ИЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

**Схема направления в психиатрический или наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, наркологический диспансер)

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_срок п/о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса родственников (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для госпитализации в стационар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: а)добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последний раз лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о параклинических обследованиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) напрвляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стациоар, диспансерного наблюдения ( о АДП, АПЛ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психиатрический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз (синдромальный и предположительный нозологический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач общей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА** (методика клинического разбора).

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

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

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

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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

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

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

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

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

5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

Диагностическое рассуждение имеет две стороны (два этапа): позитивную, постулирующую - утверждения о наличии того или иного заболевания и критическую - подбор и пересмотр всех данных, которые противоречат этому утверждению. До того, пока эта критическая оценка не сделана, диагноз имеет характер предположи­тельного. Для того, чтобы поставить предположительный диагноз, следует из имеющихся у больного симптомов, данных о течении, об этиологии отобрать такие признаки, которые соответствуют определенному заболеванию. Эти признаки следует привести для мотивировки предположительного диагноза. Другие, не характерные для предположенного заболевания клинические данные, оставляют­ся в стороне. Они будут учтены в дифференциальном и окончательном диагнозе.

ПРИМЕР: Больному 28 лет. С детства - обидчивый, очень чувствительный, замкнутый. В течение последних двух лет - повышенная утомляемость. Периодиче­ски возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что в его жизни "все идет самотеком". В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. По­сле развода с женой стал замечать, что за ним следят, что посторонние ходят за ним по улицам, говорят о нем между собой, что посторонние люди смотрят на него. Больной насторожен, в отделении держится уединенно, временами отказывается от еды, прислушивается к чему-то. Вял, мимика бедная, интереса к беседе с врачом, к окружающему не обнаруживает.

Большинство фактов из представленной совокупности указывает на возмож­ность параноидной формы шизофрении. Этот предполагаемый диагноз можно мо­тивировать молодым возрастом, наличием бредовых идей преследования, не отра­жающих явным образом реального конфликта (разрыв с женой), замкнутостью больного, бедной эмоциональностью. Такие факты, как возникновение психоза по­сле конфликта, характерологические отклонения до болезни, которые дают основа­ние для другого предположения - о реактивном параноиде - будут рассмотрены при дифференциальном диагнозе.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз предназначен для проверки предположительного и представляет собой критическую часть диагностического рассуждения. Предполо­жительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые характерны для предполагаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диагноза в нашем примере. Не типичными для параноидной формы шизофрении признаками в этом примере оказываются: возникновение бреда после конфликта, наличие сенситивных черт характера у больного, отсутствие нарушений в течении мыслей. Эти явления дают повод предполагать у больного реактивный параноид, возникший вследствие переживаний, обусловленных уходом жены.

Проводя дифференциацию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что от­сутствие связи в содержании бреда с травмирующим переживанием, бедные эмо­циональные проявления несовместимы с этим диагнозом. Контроль, таким образом, подтверждает наш предполагаемый диагноз шизофрении.

Другой путь дифференциального диагноза - сличение (аналогия) с заболева­ниями, имеющими сходную картину. Например, устанавливая диагноз у больного со слуховыми галлюцинациями, мы можем иметь в виду различение между теми заболеваниями, для которых характерен вербальный галлюциноз - алкогольным, люэтическим психозами, психозами при общих инфекциях, шизофренией. Этот путь диагноза более прост, но он в меньшей мере учитывает конкретно индивидуальные особенности данного случая болезни. В практике диагноза дифференциально-диагностические предположения служат не только для построения суждений, но и для выбора действий, направленных на уточнение диагноза - лабораторных исследований, сбора недостающих сведений анамнеза и др.

В том случае, если диагностическое заключение, по мнению куратора, невоз­можно на основании сведений больничной истории болезни, в которой содержатся все анализы и другие данные исследований, он может выставить диагноз, который считает наиболее вероятным, наряду с другим, возможным, и указать, что необхо­димо сделать для устранения сомнений. Первый из этих диагнозов должен быть та­ким подробным, как и в том случае, если без сомнений устанавливается диагноз того или иного заболевания.

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предположительный диагноз ограничивается только указанием на общую но­зологическую форму и является самым кратким, самым общим, абстрактным диаг­нозом. Окончательный диагноз - развернутый, конкретный: он является результатом всего анализа заболевания, должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и особое, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для данной формы симптомы). Такой диагноз называют структурным, имея в виду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение "почвы", основного и дополнительного фактора, особенности процесса и его локализации и т. п. (см. раздел программы "Этиология и патогенез", стр.).

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

1) вариант этой формы; 2) важнейший синдром; 3) тип течения; 4) этап или стадия течения; 5) выраженность патологических отклонений; 6) особенности локализации; 7) особенности "почвы", наследственности, характера.

Так, окончательный диагноз в нашем примере параноидной шизофрении может быть следующим: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный этап у личности с психастеническими чертами характера.

Окончательный диагноз должен служить основой для мотивации прогноза, ле­чения, трудоустройства, поэтому он и должен быть установлен с исчерпывающей полнотой и конкретностью.

**Схема амбулаторной истории болезни**

Студенты педиатрического факультета курируют больных как взрослых, так и детей. Поскольку общая схема описания и порядок обследования его методики не имеет принципиальных отличий, здесь приводится план амбулаторной истории болезни, которым необходимо руководствоваться при курации как ребенка, так и взрослого.

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основные анамнестические данные (если их можно получить от больного)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основные данные из неврологического и соматического статусов (указать только отклонения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Краткий психический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз психопатологического синдрома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Предположительный нозологический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение (составить рецепты необходимых лекарств)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

**2 курс**

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является: В результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) обучающийся должен: овладеть знаниями по вопросам частной психиатрии.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | Тема самостоятельной  работы | | Форма  самостоятельной работы | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля | |
| 1 | | 2 | | 3 | 4 | 5 | |
| Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины | | | | | | | |
| 1 | | Написание полной клинической истории болезни | | Написание полной истории болезни | устный опрос; проверка практических навыков | КСР, на базе практической подготовки, аудиторная- на базе практической подготовки. | |
|  | |  | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Частная психиатрия» | | | | | | | |
|  | 6 Тема «Этапы течения шизофрении: инициальный, манифестный, конечный.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 7 Тема «Клинические формы шизофрении: простая, гебефреническая, кататоническая, параноидная, циркулярная.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 8 Тема «Типы течения шизофрении.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 9 Тема «Особые формы шизофрении: вялотекущая, паранойяльная, фебрильная, резедуальная.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 10 Тема «Возрастные особенности шизофрении: шизофрения в детском возрасте, в подростковом, позднем.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 11 Тема «Эндогенно-аффективные заболевания. История вопроса. Распространенность, этиопатогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 12 Тема «Клинические проявления аффективных заболеваний: депрессивные состояния, маниакальные состояния, смешанные состояния.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 13 Тема «Классификация аффективных психозов: рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 14 Тема «Разновидности течения аффективных психозов.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 15 Тема «Возрастные особенности аффективных психозов: в детском, подростковом, позднем возрасте.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 16 Тема «Непсихотические эндогенные аффективные расстройства: циклотимия, дистимия, эндогенноморфные депрессии.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 17 Тема «Психические нарушения при соматических, эндокринных, инфекционных заболеваниях (симптоматические психозы). Распространенность, этиология, патогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 18 Тема «Облигатные и факультативные синдромы. Облигатные: астения, экзогенного типа реакции, органические синдромы (психопатоподобный, корсаковский, психоорганический, деменция), психоэндокринный синдром. Факультативные - переходные синдромы Вика (галлюциноз, галлюцинаторно-параноидный, депрессивный синдром, маниакальный синдром, конфабулез)» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 19 Тема «Прогрессивный паралич и сифилис мозга. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции. Лечение, реабилитация, профилактика симптоматических психозов.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 20 Тема «Наркология: алкоголизм, наркомании. Токсикомании. Распространенность. Этиопатогенез, факторы, способствующие развитию зависимости от ПАВ (физиологические, психологические, социальные).» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 21 Тема «Стадии развития, психическая, физическая зависимости, изменение толерантности. Изменение личности (акцентуация, психопатизация, деградация). Психотические состояния, (включая энцефалопатические).» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 22 Тема «Основные принципы и виды лечения наркологических заболеваний. Реабилитация и профилактика.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 23 Тема «Психические нарушения при черепно-мозговой травме. Распространенность и классификация. Этиология, патогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 24 Тема «Этапы течения, клиника ближайших и отдаленных последствий травм головного мозга. Лечение, реабилитация, профилактика при черепно-мозговой травме» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 25 Тема «Эпилепсия. История вопроса. Распространенность. Классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления и течение: судорожные и бессудорожные пароксизмы, изменение личности. Эпилептические психозы, эпилептическая деменция. Лечение, реабилитация, профилактика при эпилепсии.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 26 Тема «Геронтопсихиатрия. Периодизация позднего возраста в психиатрии: поздний зрелый, инволюционный, старческий.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 27 Тема «Психотические синдромы. Бред узкой ситуации, бред ущерба, синдром Котара, тактильный галлюциноз, ажитированная депрессия, ипохондрическая депрессия.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 28 Тема «Органические синдромы: Корсаковский синдром, психоорганический, прогрессирующая амнезия, деменции (лакунарная, глобарная, асемическая). Афазии (сенсорная, моторная, амнестическая), апраксия, агнозия.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 29 Тема «Функциональные психозы инволюционного возраста: пресенильная депрессия, пресенильный параноид.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 30 Тема «Органические дементирующие процессы: болезнь Альцгеймера с ранним началом, болезнь Альцгеймера с поздним началом (сенильная деменция Альцгеймеровского типа - СДАТ).» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 31 Тема «Болезнь Пика**.»** | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 32 Тема «Течение болезней: затяжное, хроническое, прогрессирующее.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 33 Тема «Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. Распространенность. Этиопатогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 34 Тема «Клиника сосудистых психических нарушений. Начальные проявления: церебрастения, неврозоподобные расстройства, психопатоподобный синдром, мягкое когнитивное снижение.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 35 Тема «Стадия развернутых проявлений. Деменции, аффективные расстройства, психотические расстройства. Течение: хроническое, прогрессирующее, инсультобразное, колебание, мерцание симптомов.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 36 Тема «Лечение, реабилитация, профилактика деменции.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 37 Тема «Детская психиатрия. Основные стадии психического развития. Понятие дизонтогенеза. Критические периоды онтогенеза, возрастная периодизация.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 38 Тема «Клинические формы патологического развития: умственная отсталость, задержка психического развития (пограничная, парциальная). Искажение и другие нарушения психического развития: аутистические расстройства, акселерация, инфантилизм, соматопатии, особые формы психического онтогенеза у детей из групп высокого риска по психической патологии.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 39 Тема «Умственная отсталость, олигофрении. Степени психического недоразвития. Этиопатогенез олигофрении. Современная клиническая классификация умственной отсталости. Лечебно-психологическая коррекция олигофрении, обучение, трудоустройство.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 40 Тема «Задержка психического развития. Главные клинические проявления, первичные формы задержки, вторичные формы задержки. Неспецифические и специфические формы задержки. Тотальные и парциальные формы.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 41 Тема «Аутистические расстройства у детей. История развития, распространенность, этиология, патогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 42 Тема «Классификация. Детский аутизм (0-3 года): аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 43 Тема «Атипичный аутизм (начало 3-5 лет): атипичный детский психоз; синдром Ретта; другое дезинтегративное расстройство детского возраста; гиперактивное расстройство сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями; синдром Аспергера.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 44 Тема «Дифференциальный диагноз, лечение и организация помощи больным.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 45 Тема «Акселерация, психический инфантилизм, соматопатии, синдром дефицита внимания с гиперактивностью.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 46 Тема «Психические расстройства при опухолях головного мозга. Распространенность. Этиология, патогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 47 Тема «Клинические проявления и течение. Основные психические расстройства. Пароксизмальные расстройства. Острые послеоперационные психозы. Возрастные особенности психических нарушений. Дифференциальный диагноз. Лечение и организация помощи больным. Прогноз.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | Тема 48:Психические нарушения при димиелинизирующих заболеваниях. | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 49 Тема «Психосоматические расстройства. История вопроса, распространенность, классификация. Клинические проявления и течение.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 50 Тема «Психогенные заболевания (реактивные психозы). История вопроса, классификация, распространенность, этиология, патогенез.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 51 Тема «Клинические проявления и течение: аффективно-шоковые реакции (острая психогенная реакция на стресс); истерические психозы (психогенная депрессия, психогенная мания, психогенный параноид). Лечение и реабилитация.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 52 Тема «Неврозы. История вопроса, классификация, этиология и патогенез. Клинические формы неврозов: тревожно-фобический, обсессивно-компульсивный, истерический, неврастения. Лечение, реабилитация.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 53 Тема «Посттравматический стрессовый синдром. История вопроса, распространенность, этиология и патогенез. Клинические проявления и течение. Лечение и реабилитация.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 54 Тема «Расстройства личности (психопатии). История вопроса, распространенность, этиология и патогенез, клиническая классификация. Динамика расстройств личности. Лечение и реабилитация.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 55 Тема «История, предмет, задачи, методы социальной психиатрии.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 56 Тема «Стигматизация психических расстройств.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 57 Тема «Социальные факторы в возникновении, клиники и течении психических расстройств: у детей, у лиц позднего возраста, у женщин, в пограничной психиатрии, шизофрении, аффективных расстройствах, наркологических заболеваниях, аномальном сексуальном поведении, расстройствах пищевого поведения.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 58 Тема «Взаимовлияние лиц с психическими расстройствами и членов малых социальных групп, в которых они находятся: профессиональные коллективы, семья, соседи, неформальные малые группы, одинокое проживание и состояние одиночества.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 59 Тема «Структура психиатрической и наркологической службы в здравоохранении РФ. Виды психиатрической и наркологической помощи. Правовые вопросы психиатрии и наркологии. Психиатрическое освидетельствование и госпитализация в психиатрический стационар, показания к недобровольному психиатрическому освидетельствованию и недобровольной госпитализации согласно закону РФ "О психиатрической помощи".» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 60 Тема «Медико-социальная экспертиза психических и наркологических больных, военно-психиатрическая экспертиза, судебно-психиатрическая экспертиза. Принудительное лечение.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков, устный опрос  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «TimesNewRoman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использоватьклассическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ О РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем следует обращаться на "Вы", называя их по имени и отчеству.

Беседовать с больными в серьезном тоне, неторопливо. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.

При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направить разговор в нужную сторону.

Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости­ дать ответ на соответствующие вопросы больного, направлять его к лечащему врачу.

Не вести в присутствии больного разговор на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.

Не обманывать больных. Воздержаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.

Следить, чтобы больной после обследования не остался без надзора. Побеседо­вав с ним, передавать его дежурному персоналу. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.

Не выполнять без ведома врача каких-либо просьб больного, не передавать  
письма, вещи, не сообщать каких-либо сведений о больном.

Не оставлять в отделении: спичек, лезвий от бритв, булавок.

**Методические указания обучающимся к написанию**

**психического статуса**

**План психического статуса**

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

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

Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

**Приемы исследования памяти и мышления**

***Внимание:***

а) Наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной

сосредоточиться, слушая, что ему говорят и пересказать;

б) Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) Перечисление дней недели в обратном порядке.

***Память:***

а) Проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел.

б) Запоминание нескольких однозначных цифр, слов (не менее пяти), например: нужно спросить их через 1 мин., через 10 мин., через час.

в) Прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания. Например: ПЛОХОЙ СТОРОЖ. У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко. УМНАЯ ГАЛКА. Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было ее достать. Она стала кидать в кувшин камешки и столько набросала, что вода поднялась и можно было пить.

г) Память на прошедшие события, на общеизвестные исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных "на­водящих" вопросов: "Что вчера здесь произошло?". "Где вы были вчера?", "Кого встретили?". "Куда ходили?","Куда ездили?".

***Мышление:***

Кроме проб, необходимо наблюдение за поведением больного в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувств такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определенной степени слабо­умия во внимание принимается культурный уровень больного, запас знаний.

а) Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание боль­ными возможных причин этих поступков, умение планировать действия при решении привычных задач, например: рассказать, как приготовить пищу, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.д.

б) Способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению исследу­ются путем проб на обобщение однородных понятий, например, стол, стул, диван (мебель), разграничение понятий: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии - более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка; понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применять их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа.

***При исследовании критики выясняют:***

а) отношение пациента к его болезни в целом - считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает сам факт заболевания;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям: как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи, отношение к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способ­ность улавливать ошибки в суждениях других больных или ошибки в суждениях, нарочито высказанных собеседником;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больных на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления, как развязность, бестактность.

**Методические рекомендации обучающимся по написанию полной истории болезни**

**ПЛАН ПОЛНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА**

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

2. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ.

***A. Семейный анамнез.***

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

***Б. Анамнез жизни.***

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

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

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

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

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

***B. Анамнез заболевания.***

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус:

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Оценка течения заболевания.
4. Оценка "почвы" и предполагаемая у данного больного этиология.
5. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).
6. Дифференциальный диагноз: клинические особенности, отклоняющиеся от ти­пичных для предположенного заболевания, сходные с теми, которые бывают при других болезнях, дифференциация с этими заболеваниями.
7. Окончательный диагноз.

5. НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ИЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

**Схема направления в психиатрический или наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, наркологический диспансер)

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_срок п/о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса родственников (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для госпитализации в стационар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: а)добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последний раз лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о параклинических обследованиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) напрвляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стациоар, диспансерного наблюдения ( о АДП, АПЛ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психиатрический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз (синдромальный и предположительный нозологический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач общей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА** (методика клинического разбора).

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

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

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

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

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

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

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием, и оценка его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

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

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

5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

Диагностическое рассуждение имеет две стороны (два этапа): позитивную, постулирующую - утверждения о наличии того или иного заболевания и критическую - подбор и пересмотр всех данных, которые противоречат этому утверждению. До того, пока эта критическая оценка не сделана, диагноз имеет характер предположи­тельного. Для того, чтобы поставить предположительный диагноз, следует из имеющихся у больного симптомов, данных о течении, об этиологии отобрать такие признаки, которые соответствуют определенному заболеванию. Эти признаки следует привести для мотивировки предположительного диагноза. Другие, не характерные для предположенного заболевания клинические данные, оставляют­ся в стороне. Они будут учтены в дифференциальном и окончательном диагнозе.

ПРИМЕР: Больному 28 лет. С детства - обидчивый, очень чувствительный, замкнутый. В течение последних двух лет - повышенная утомляемость. Периодиче­ски возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что в его жизни "все идет самотеком". В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. По­сле развода с женой стал замечать, что за ним следят, что посторонние ходят за ним по улицам, говорят о нем между собой, что посторонние люди смотрят на него. Больной насторожен, в отделении держится уединенно, временами отказывается от еды, прислушивается к чему-то. Вял, мимика бедная, интереса к беседе с врачом, к окружающему не обнаруживает.

Большинство фактов из представленной совокупности указывает на возмож­ность параноидной формы шизофрении. Этот предполагаемый диагноз можно мо­тивировать молодым возрастом, наличием бредовых идей преследования, не отра­жающих явным образом реального конфликта (разрыв с женой), замкнутостью больного, бедной эмоциональностью. Такие факты, как возникновение психоза по­сле конфликта, характерологические отклонения до болезни, которые дают основа­ние для другого предположения - о реактивном параноиде - будут рассмотрены при дифференциальном диагнозе.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз предназначен для проверки предположительного и представляет собой критическую часть диагностического рассуждения. Предполо­жительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые характерны для предполагаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диагноза в нашем примере. Не типичными для параноидной формы шизофрении признаками в этом примере оказываются: возникновение бреда после конфликта, наличие сенситивных черт характера у больного, отсутствие нарушений в течении мыслей. Эти явления дают повод предполагать у больного реактивный параноид, возникший вследствие переживаний, обусловленных уходом жены.

Проводя дифференциацию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что от­сутствие связи в содержании бреда с травмирующим переживанием, бедные эмо­циональные проявления несовместимы с этим диагнозом. Контроль, таким образом, подтверждает наш предполагаемый диагноз шизофрении.

Другой путь дифференциального диагноза - сличение (аналогия) с заболева­ниями, имеющими сходную картину. Например, устанавливая диагноз у больного со слуховыми галлюцинациями, мы можем иметь в виду различение между теми заболеваниями, для которых характерен вербальный галлюциноз - алкогольным, люэтическим психозами, психозами при общих инфекциях, шизофренией. Этот путь диагноза более прост, но он в меньшей мере учитывает конкретно индивидуальные особенности данного случая болезни. В практике диагноза дифференциально-диагностические предположения служат не только для построения суждений, но и для выбора действий, направленных на уточнение диагноза - лабораторных исследований, сбора недостающих сведений анамнеза и др.

В том случае, если диагностическое заключение, по мнению куратора, невоз­можно на основании сведений больничной истории болезни, в которой содержатся все анализы и другие данные исследований, он может выставить диагноз, который считает наиболее вероятным, наряду с другим, возможным, и указать, что необхо­димо сделать для устранения сомнений. Первый из этих диагнозов должен быть та­ким подробным, как и в том случае, если без сомнений устанавливается диагноз того или иного заболевания.

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предположительный диагноз ограничивается только указанием на общую но­зологическую форму и является самым кратким, самым общим, абстрактным диаг­нозом. Окончательный диагноз - развернутый, конкретный: он является результатом всего анализа заболевания, должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и особое, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для данной формы симптомы). Такой диагноз называют структурным, имея в виду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение "почвы", основного и дополнительного фактора, особенности процесса и его локализации и т. п.

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

1) вариант этой формы; 2) важнейший синдром; 3) тип течения; 4) этап или стадия течения; 5) выраженность патологических отклонений; 6) особенности локализации; 7) особенности "почвы", наследственности, характера.

Так, окончательный диагноз в нашем примере параноидной шизофрении может быть следующим: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный этап у личности с психастеническими чертами характера.

Окончательный диагноз должен служить основой для мотивации прогноза, ле­чения, трудоустройства, поэтому он и должен быть установлен с исчерпывающей полнотой и конкретностью.

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.