

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Рабочая тетрадь

Чебоксары
2018

Самостоятельная работа по психиатрии и медицинской психологии: раб. тетрадь / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2018. 140 с.

Содержит задания для самостоятельной работы по психиатрии и медицинской психологии; схемы и таблицы с основными понятиями психиатрии по всем экзаменационным вопросам. Составлена в соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности.

Для студентов IV-V курсов специальности «Педиатрия».

Утверждено Учебно-методическим советом университета

Упражнение дает больше, чем хорошее природное дарование. Протагор из Абдер

Деятельность – единственный путь к знанию. Д.Б. Шоу

Надо много учиться, чтобы знать хоть немного. Ш.Л. Монтескье

Важно не количество знаний, а качество их. Можно знать очень многое, не зная самого главного.
Л.Н. Толстой

Навыками диагностики психических расстройств (ПР), грамотной их квалификации и описания, включая оказание неотложной психиатрической помощи, должен владеть врач любой профессии (прил. 1). Однако, по мнению большинства студентов, психиатрия – предмет интересный, но чрезвычайно сложный для изучения в пределах учебных часов, установленных Государственным образовательным стандартом высшего медицинского образования. Трудности обусловлены специфической и малознакомой терминологией, не сформированным в полной мере уровнем клинической подготовки студентов, большим объемом трудной для запоминания информации о ПР и др. В связи с этим у учащихся снижается мотивация и интерес к глубокому изучению вопросов психического здоровья и патологии. Без их знания невозможны своевременное выявление ПР и успешная врачебная деятельность.

Настоящая методическая разработка способна во многом решить или минимизировать описанные проблемы в подготовке и сдаче экзамена по психиатрии и наркологии. В ней представлена структура ответа по всем экзаменационным вопросам, включая классификации нарушений основных психических процессов, таблицы и схемы, материал, отсутствующий или недостаточно представленный в учебнике. При этом студенты должны самостоятельно собрать недостающую информацию по тому или иному вопросу в рекомендуемой литературе, проанализировать ее, заполнить в соответствующие страницы тетради, выполнить, если надо, предложенные задания. Особое внимание должно уделяться терминам и работе над ними (прил. 2, 3).

Настоятельно рекомендуем самостоятельно заполнять матрицу ПР в прил. 4. Работа над ней начинается при изучении вопросов по общей психопатологии (симптомы и синдромы ПР) с заполнения соответствующих граф матрицы по психическим сферам (см. вопрос 10). При переходе к освоению частной психиатрии (ПР и заболевания) матрица существенно дополняется и приобретает законченный вид: по горизонтали содержатся признаки ПР по всем психическим сферам, а по вертикали представлен полный перечень основных симптомов и синдромов по каждому ПР. Освоив матрицу, студент может достаточно свободно ориентироваться в клинических особенностях ПР. Убедительная просьба не игнорировать составление сопоставительных таблиц, так как они являются основой формирования клинического мышления врача – дифференциальной диагностики психической патологии. При этом матрица ПР, описанная выше, составляет основу пропедевтики ПР, диагностика которых основывается на прямом узнавании болезни (по ее симптомам и синдромам).

Приветствуется создание собственных схем и таблиц, аббревиатур (так называемых опорных сигналов для запоминания), формулирование вопросов и самостоятельный поиск ответов на них, консультации с преподавателями (после самостоятельной умственной работы и оформления ее результатов на бумаге), пустое место оставлено для них.

Скрупулезная работа над материалами тетради определенно будет способствовать успешной сдаче экзамена по психиатрии и наркологии, но что еще более важно – формированию навыков приобретения, сохранения и накопления врачебных знаний, успешной деятельности по выбранной специальности.

Условные обозначения

 – напишите определение;  – дополните определение. Напишите критерии классификации;  – напишите ответ на экзаменационный вопрос;  – выпишите самое главное по вопросу и запомни;  – запишите возникшие по теме вопросы и найди на них ответы; **Заполни!** – заполни сопоставительную таблицу

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

ЗАНЯТИЯ 1.

1 (1). Общая и медицинская психология.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

2 (6). Психологические знания в работе врача.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

3 (8). Ощущения и восприятия. Особенности детского возраста.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



4 (9). Восприятие болезни. Особенности детского возраста.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

5 (15). Восприятие боли. Значение для педиатрической клиники.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



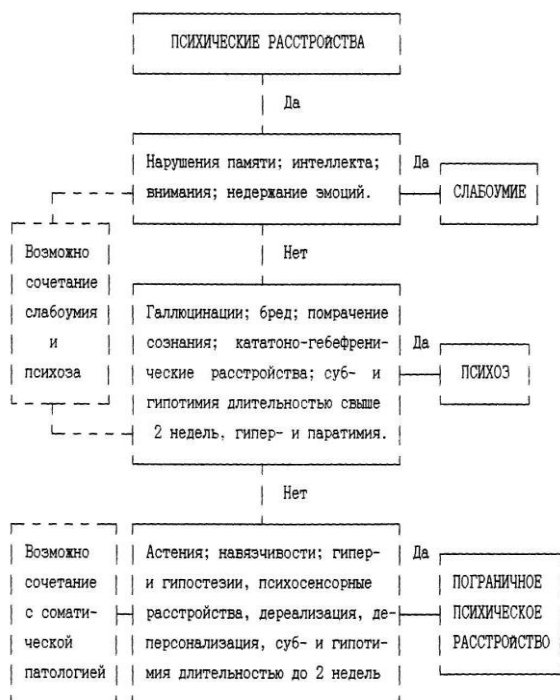
7 (41). Психиатрия (определение, уровни ПР, актуальность для врачей педиатров).

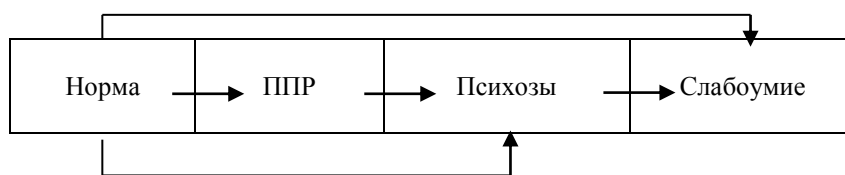


Психиатрия – _____

ПР – _____







Возможная динамика ПР

8 (101). Принципы организации психиатрической помощи детскому населению.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.





ЗАНЯТИЯ 2.

1 (5). Методы психологического исследования.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. On the left edge, there is a small portion of a black binder ring or clip. The top edge of the paper has some faint, illegible markings, possibly from a previous page or a header. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery.[illegible]

2 (7). Психические процессы, состояния и свойства.





-



[illegible][illegible][illegible][illegible]

Критерий	Истинные	Псевдогаллюцинации
Сделанность		
	Имеют реальную проекцию галлюцинаторного образа	
	Яркость, образность, звучность	Приглушенность, «размытость»
	Можно заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов	
Время суток		
Психозы	Экзогенные	Эндогенные

[illegible][illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]

6 (61). Позитивные (позитивно-дизонтогенетические) и негативные (негативно-дизонтогенетические) психопатологические синдромы и ПР.



ПОЗИТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	IX Психоорганические	МДП	психозы	психозы
	VIII Судорожные			
	VII Парамнезии			
	VI Помрачения сознания			
	V Кататонические, парафренные, галлюцинаторно-параноидные			
НЕГАТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	IV Вербальный галлюциноз	Шизофрения	Экзогенные	Грубоорганические
	Паранойяльные			
	III Невротические			
	II Аффективные			
	I Эмоционально-гиперестетические			
	I Истошаемость психической деятельности			
	II Субъективно осознаваемые изменения личности			
	III Объективно определяемые изменения личности			
	IV Дисгармония личности			
	V Падение энергетического потенциала			
	VI Снижение уровня личности			
	VII Регресс личности			
	VIII Амнестические расстройства			
	Парциальное слабоумие			
	X Тотальное слабоумие			
	X Психический маразм			

Психопатологические синдромы и нозологические единицы (по А.В. Снежневскому)

7. Течение и исход ПР.



8 (107). Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Настоящим Законом, вступившим в силу 1 января 1993 г., регламентируется широкий круг вопросов, касающихся охраны психического здоровья населения.

Раздел 1 (Общие положения)

Рассматривает порядок и принципы оказания психиатрической помощи, добровольность обращения за психиатрической помощью; право лиц, страдающих психическими расстройствами (ПР) на согласие и отказ от лечения; применение принудительных мер медицинского характера; проведение судебно-психиатрической экспертизы и определение годности граждан к службе в качестве военнослужащего.

Раздел 2 (Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих ПР)

Характеризует виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемой государством, финансирование этой службы.

Раздел 3 (Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь.

Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов)

В п. 2, 3 ст. 20, в частности, говорится: «Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров (2)». «Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих ПР (3)».

Раздел 4 (Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания)

Уделяет внимание порядку проведения психиатрического освидетельствования граждан, постановке и снятию с диспансерного учета. Формулирует в ст. 29 основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке: «Лицо, страдающее ПР, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо оставлено без психиатрической помощи».

В ст. 41 перечисляет: «Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего ПР, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица ПР, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным».

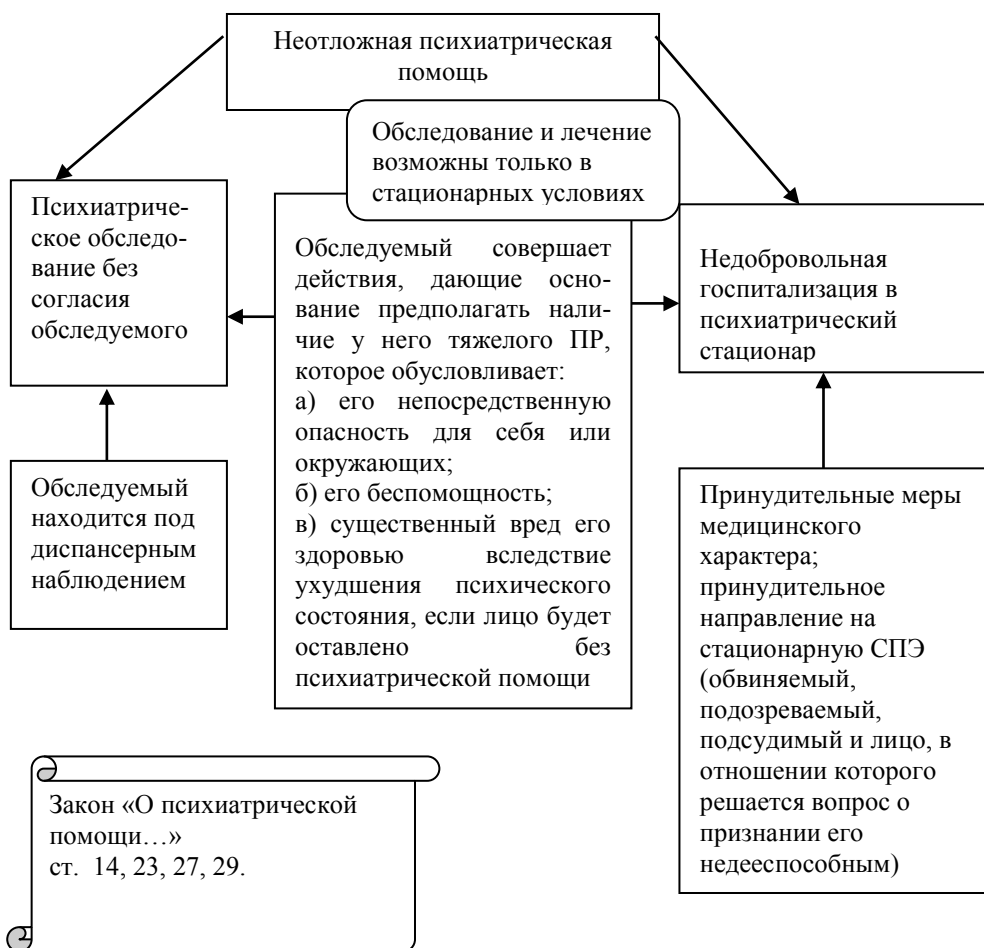
Содержит перечень прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара (психоневрологических учреждений для социального обеспечения).

Раздел 5 (Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи)

Содержание соответствует названию раздела. Допускает контроль общественных организаций за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи.

Раздел 6 (Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи)

Предусматривает порядок и сроки обжалования. Устанавливает ответственность (административную и уголовную) за нарушение настоящего Закона.











9 (113). Общие принципы психофармакотерапии. Систематика психотропных средств.



Психотропные средства (ПС) – _____

Психофармакотерапия (ПФТ) – _____



Показания к назначению ПС определяются спектром их психотропной активности (способностью избирательно действовать на психопатологические синдромы). Когда он соответствует основным нарушениям психической деятельности – ведущему психопатологическому синдрому, его правильная квалификация является решающим фактором при выборе ПС.

Систематика ПС

1. Нейролептики (антипсихотические средства)
2. Транквилизаторы (анксиолитики)
3. Антидепрессанты (тимоаналептики)
4. Психостимуляторы
5. Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы, церебропротекторы)
6. Нормотимики (тимостабилизаторы)
7. Психодизлептики (галлюциногены)



Главные условия ПФТ: 1. Клиническая обоснованность. 2. Динамичность. 3. Непрерывность и длительность. 4. Комплексность терапевтического воздействия.

Правило Лабхгарда (1954): Чем неблагоприятнее ПР и длительнее его течение, тем выше необходимая доза ПС и длительней терапия.

Частота (кратность приема) ПС зависит от длительности его периода полусуществования.

Принцип минимальной достаточности – равновесие между благоприятным терапевтическим действием и побочными эффектами.



Общие закономерности лечения ПР

ПР	Основная группа ПС	Другие вмешательства	Поддерживающая терапия
Слабоумие	ингибиторы холинэстеразы центрального действия и мемантин (NMDA-антагонист)	Лечение основного заболевания уход, реабилитация	Лечение Сопутствующих ПР
Психозы	Нейролептики	ЭСТ, другие ПС; при экзогенных психозах – лечение основного заболевания	Нейролептики-пролонги, в ряде случаев нормотимики
Депрессивные состояния	Антидепрессанты	ЭСТ, психотерапия	Нормотимики
ППР	Транквилизаторы	Психотерапия	Психотерапия
Алкоголизм	В ряде случаев антабус	ПФТ, психотерапия	Аналогичная
Наркомания	Налоксон при опиоидной наркомании	Налтрексон, ПФТ, психотерапия	Аналогичная

ЗАНЯТИЯ 3.

1 (2). Краткая история психологии.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]



2 (11). Мышление (мыслительные операции, виды мышления). Особенности детского возраста.



3 (40). Использование клинических карт (анкет, опросников) и шкал для выявления и
шки ПР. Особенности у детей и подростков.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. On the left edge, there is a small portion of a black binder ring or clip. The paper appears to be part of a notebook or a set of loose-leaf papers.



[illegible][illegible]

1. *По темпу:* а) ускорение; б) замедление.
2. *По стройности:* а) разорванность; б) бессвязность (инкогеренция); в) вербигерация; г) паралогическое мышление; д) амбитендентность мышления; е) перерыв мышления (шперрунги).
3. *По целенаправленности:* а) резонерство; б) патологическая обстоятельность; в) персеверация; г) аутистическое мышление.
4. *По продуктивности:* а) навязчивые идеи; б) сверхценные идеи; в) бред; г) неологизмы; д) символизм.

[illegible][illegible]

¹ Используя в качестве образца, заполнить таблицы по нарушениям всех психических сфер!

[illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

6 (48). Сверхценные, бредовые и навязчивые идеи. Дифференциально-диагностические признаки.

Заполни !

Признак	Идеи		
	бредовые	сверхценные	навязчивые
Критика			

7 (49). Паранойяльный, параноидный и парафренный синдромы.



Паранойяльный синдром – _____



Параноидный синдром – _____



Парафренный синдром – _____





Заполни !

Признак	Синдром		
	паранойяльный	параноидный	парафренный

8 (115). Нейролептики. Классификация, диапазон действия, показания к их применению, побочные явления и осложнения. Особенности применения у детей и подростков.



Нейролептики – _____





Психофармакологические свойства нейролептиков (J.Delay, P.Deniker, 1961):

1. Психолептическое (успокаивающее действие, до состояния эмоциональной индифферентности).
2. Купирующее действие в отношении возбуждения.
3. Редуцирующее действие на психотическую симптоматику.
4. Вызывающее характерные неврологические и вегетативные нарушения.
5. Воздействующее на подкорковые структуры ЦНС.

Подгруппы нейролептиков (P.Deniker, D.Ginestet)

1. Седативного действия.
2. Со средним действием и умеренной антипсихотической и седативной активностью.
3. Поливалентные, широкого спектра действия с выраженным общим и избирательным антипсихотическим действием.
4. Растормаживающие.





Побочные явления нейролептиков

Соматические	Неврологические	Психические
Вегетативные нарушения (ортостатическая гипотония, тахикардия, нарушения сердечной проводимости) Обменные и эндокринные нарушения (увеличение массы тела, дисменорея, гинекомастия и др.) Гематологические осложнения (агранулоцитоз) Токсикоаллергические реакции (дерматиты) Поражения печени (холестатические гепатиты) Пигментные нарушения (изменения цветового оттенка кожных покровов и органа зрения) Внезапная смерть	Экстрапирамидные двигательные расстройства: паркинсонизм (акинето(гипер)-ригидный синдром), ранние (острые) и поздние (хронические) дискинезии, акатизия и тасикинезия, тремор) Злокачественный нейролептический синдром	Депрессии («гипервигильная», «назойливая» апато-адинамическая) Состояние пассивности и психической индифферентности Транзиторные экстрапирамидно-психотические обострения

9 (117). Побочные явления и осложнения, вызванные применением психотропных средств, их предупреждение и мероприятия по устранению. Особенности у детей и подростков.



Побочные эффекты – расстройства, связанные с прямым фармакологическим действием медикаментов (антихолинергическое, гипотензивное и др.). Они быстро исчезают после уменьшения дозы и назначения корректоров; не представляют серьезной опасности для жизни.

Осложнения – характеризуются включением новых патогенетических звеньев развития патологического процесса; представляют серьезную опасность для жизни больных (злокачественный нейролептический синдром, генерализованные токсикоаллергические реакции, поздние дискинезии и др.).



Классификация побочных эффектов и осложнений ПС

1. Связанные с фармакологическим свойством ПС
2. Токсические осложнения (передозировка ПС)
3. Вторичные побочные эффекты, не связанные с прямым действием ПС (тромбоэмболия, гипостатическая или аспирационная пневмония и др.)
4. Аллергические (иммунологические) реакции
5. Синдромы отмены

*Побочные эффекты и осложнения: **ранние** (появляются в начале терапии), **поздние** (в процессе терапии, через несколько недель после ее начала), **отдаленные** (после окончания терапии, через несколько недель или месяцев).*



Заполни !

Группа препаратов	Побочные явления		
	соматические	неврологические	психические
Нейролептики			
Транквилизаторы			
Антидепрессанты			
Нормотимики			
Ноотропы			
Психостимуляторы			

ЗАНЯТИЯ 4.

1 (3). Основные направления психологии.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



2 (4). Отрасли психологии.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



[illegible][illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]

4 (14). Интеллект и способности. Сознание. Методы исследования.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible]

6 (21). Воображение.

[illegible][illegible]This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



7 (53). Расстройства памяти. Классификация. ПР, при которых они встречаются.



Классификация расстройств памяти

1. *Гипермнезии.*

2. *Гипомнезии и амнезии:* а) фиксационная амнезия; б) репродукционная; в) прогрессирующая; г) ретроградная; д) антероградная; е) антеро-ретроградная.

3. *Парамнезии:* а) псевдореминисценции; б) конфабуляции; в) криптомнезии.

Заполни !

ПР	Нарушения памяти		
	1	2	3
МДП			
Шизофрения			
Инволюционные психозы			
Алкоголизм			
Сенильные психозы			
Реактивные психозы			
При сифилисе			
Эпилепсия			
Умственная отсталость			

8 (54). Нарушения интеллектуальной деятельности. ПР, при которых они встречаются.



Врожденное (олигофрения)	Дебильность (легкая)
	Имбецильность (средняя)
	Идиотия (глубокая)
Приобретенное (деменция)	Тяжелое
	Умеренное
	Легкое
	Прочее

Заполни !

Признак	Слабоумие	
	частичное	тотальное

[illegible]

10. Психоорганический синдром (критерии Г.Вальтер-Бюеля).



11. Синдром С.С. Корсакова. ПР, при которых он встречается.



ЗАНЯТИЯ 5.

1 (22). Психологическая характеристика речи и формы врачебного разговора.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



2 (23). Психология общения.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



3 (28). Психологическая характеристика типов темперамента.

[illegible][illegible][illegible]



4 (29). Структура и черты характера.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

5 (30). Преморбидные типы личности (классификация по К.Леонгарду и А.Е. Личко).



6 (31). Деонтология и личностная позиция врача.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

7 (33). Особенности контакта в системе «врач – пациент» в лечебных клиниках.



8 (34). Особенности лечебной атмосферы в педиатрической клинике.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



9 (35). Психологические эффекты лечебного процесса. Плацебо-терапия. Особенности у детей и подростков.



ЗАНЯТИЯ 6.

1 (12). Эмоции и чувства (настроение, аффект, страсть; классификации эмоций). Особенности детского возраста.

[illegible][illegible][illegible]



2 (13). Воля (влечение, желание; этапы волевого процесса). Особенности детского возраста.



3 (50). Нарушения эмоций и чувств. Классификация. Нозологическая специфичность (ПР).



Классификация нарушений эмоций и чувств

1. *Патологическое усиление*: эйфория, мания и депрессия.

2. *Патологическое ослабление*: паралич эмоций, апатия, эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость.

3. *Нарушение подвижности*: слабодушие (недержание эмоций), лабильность и инертность (застываемость) эмоциональных переживаний.

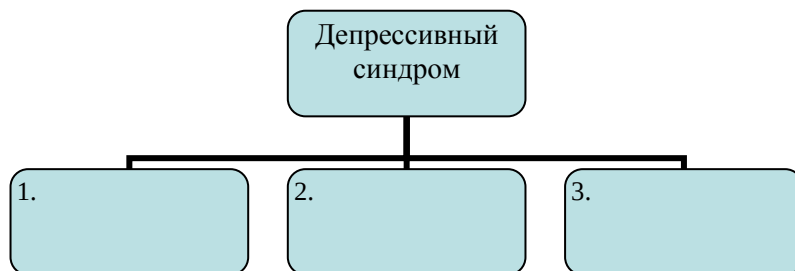
4. *Нарушение адекватности*: неадекватность, амбивалентность эмоций, патологическая тревога и страх, дисфории, дистимии, патологический аффект.



Заполни !

[illegible]

4 (51). Депрессивный синдром, его клинические формы. Особенности у детей и подростков.



Заполни !

Признак	Больные с депрессией	Люди с акцентуациями

5. Клиника и диагностика «маскированных» (соматизированных) депрессий.



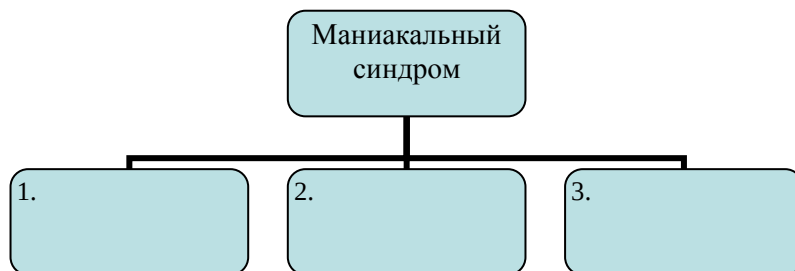








6 (52). Маниакальный синдром, его клинические формы. Особенности у детей и подростков.



Заполни !

[illegible]

7 (55). Расстройства влечений и эффекторно-волевой сферы. Классификация. Нозологическая специфичность расстройств.





Классификация расстройств влечений (инстинктов)

1. *Расстройства пищевых влечений:* а) усиление (булимия, полифагия); б) ослабление (анорексия); в) извращение (копрофагия).

2. *Расстройства инстинкта самосохранения:*

а) усиление – активно-оборонительная форма (агрессивность), пассивно-оборонительная форма (состояния страха, реакции паники, «мнимой смерти»); б) ослабление (суицидальные поступки); в) извращения (самоистязания).

3. *Расстройства половых влечений:* а) усиление (гиперсексуальность – сатириазис, нимфомания); б) ослабление (гипосексуальность, фригидность); в) извращение (онанизм, гомосексуализм, нарциссизм, эксгибиционизм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия, трансветизм).





[illegible][illegible]

Объективные признаки: _____

[illegible][illegible]



9 (57). Гиперкинетический (гиперактивности) синдром, этиология, клинические признаки, возрастная динамика (стадии).

	
 Клинические признаки: 1) Гиперактивность (гиперкинезия). 2) Отвлекаемость (нарушения внимания). 3) Частая смена одного вида деятельности на другой. 4) Импульсивность. 5) Возбудимость. 6) Расторможенность в социальных взаимоотношениях. 7) Антисоциальное поведение. 8) Трудности в обучении и отставание в познавательном развитии. 9) Эмоциональные нарушения.	
Этиология: 1) Прогрессирующая органическая мозговая патология. 2) Детский прогрессивный паралич. 3) Эпилепсия. 4) Умственная отсталость. 5) Психогении (реактивные состояния).	
Диагностические рубрики по МКБ-10 Нарушение активности и внимания (F 90.0). Гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1). Другие гиперкинетические расстройства (F 90.8).	

Динамика (стадии) гиперкинетического синдрома

Начальная	«Расцвета»	Обратного развития	Редукции
1,5-5 лет	6-8 лет	9-13 лет	14-15 лет
Первые проявления, их усложнение	Выраженная моторная возбудимость и двигательная расторможенность	Сглаживание симптоматики	Исчезновение симптоматики

10 (111). Антидепрессанты. Классификация, показания к применению. Побочные явления и осложнения. Особенности применения у детей и подростков.



Антидепрессанты – _____



Клиническая классификация антидепрессантов

1. Со стимулирующим действием.
2. Со сбалансированным действием.
3. С седативным действием.







Группа препаратов	Побочные эффекты антидепрессантов		
	соматические	неврологические	психические
Три- и тетрациклические	Ортостатическая гипотония Холинолитические эффекты (сухость во рту, тахикардия запоры, задержки мочеиспускания, нарушения аккомодации) Лейко- и эозинопении агранулоцитоз (редко) Кардиотоксические эффекты Аллергические реакции	Тремор, атаксия, миоклонические подергивания парестезии	Седативный эффект Инверсия аффекта (мании) Делирий
Обратимые ингибиторы МАО	Холинолитические эффекты Аллергические реакции	Тремор конечностей	Инверсия аффекта (мании, обострение психоза)
Ингибиторы обратного захвата серотонина	Желудочно-кишечные расстройства (диспепсия, диарея потеря аппетита и др.)	Тремор, дизартрия, гиперрефлексия, акатизии головная боль, нарушение координации движений	Появление тревоги ажитации, бессонница инверсия аффекта Сонливость

Серотониновый синдром – редкое осложнение, которое возникает при совместном назначении двух серотонинергических препаратов и кломипрамина с ингибиторами МПАО обратимого и необратимого действия и некоторыми другими препаратами. Характеризуется желудочно-кишечными расстройствами (тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе, метеоризм) и появлением психомоторного возбуждения, тахикардии, гипертермии, гиперрефлексии, потливости, нарушения сознания от делирия до сопора. Летальность может наступить от нарушения сердечной деятельности на фоне тяжелых нарушений расстройств сознания, гемодинамики и гомеостаза.

11 (112). Транквилизаторы. Их использование в психиатрической и общесоматической клиниках. Побочные эффекты и осложнения. Особенности применения у детей и подростков.



Транквилизаторы – _____





Фармакологические свойства транквилизаторов:

1. Седативное (успокаивающее).
2. Антитревожное (анксиолитическое).
3. Антифобическое.
4. Гипнотическое (облегчает наступление сна и увеличивает его глубину и продолжительность).
5. Стимулирующее.
6. Вегетотропное.
7. Миорелаксирующее.
8. Противосудорожное.

Подгруппы транквилизаторов (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1988):

1. Преимущественно с тормозным (седативным действием («ночные»)).
2. Преимущественно со стимулирующим действием («дневные»).





Побочные явления транквилизаторов

Соматические (редко)	Неврологические	Психические
Замедление сердечного ритма, синусовая аритмия, уменьшение сократительной активности миокарда, появление отрицательных зубцов Т Остановки дыхания (при внутривенном вливании) Запоры, понижение аппетита, тошнота рвота (редко) Изменения со стороны крови (апластические анемии, агранулоцитоз) Метаболические и гормональные нарушения (снижение массы тела) Аллергические реакции	Мышечная релаксация Нистагм, дрожание, дизартрия Нарушения фонации и глотания Недержание мочи и кала	Гиперседация (сонливость, заторможенность, нарушения памяти, недостаточная концентрация внимания) Парадоксальные реакции (усиление тревоги, страха депрессивной симптоматики, бессонница, двигательные расстройства) Психическая и физическая зависимость

Психическая зависимость – состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения или психического подъема и которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственных средств для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта.

Физическая зависимость – адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами и возникает при прекращении введения соответствующего лекарственного средства [7. С. 124].

12 (116). Тимостабилизаторы, показания к применению. Побочные явления и осложнения. Особенности применения у детей и подростков.



Тимостабилизаторы (нормотимики) – _____





Классификация нормотимиков

1. Препараты солей лития.
2. Противосудорожные средства (карбамазепин, вальпроат натрия, окскарбазепин и др.).
3. Блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин).

Препараты	Побочные эффекты нормотимиков		
	соматические	неврологические	психические
Соли лития	Почечные расстройства (жажда, полиурия, никтурия) Увеличение массы тела Сердечно-сосудистые расстройства (урежение пульса, экстрасистолы, нарушение возбудимости миокарда) Нарушения функции щитовидной железы	Тремор, тасикинезия мышечные подергивания, расстройства речи	Индифферентность замедление мышления Снижение памяти и работоспособности
Антиконвульсанты	Брадикардия, антривентрикулярная блокада Гематологические нарушения (лейкопения, тромбоцитопения, снижение гемоглобина)	Тремор, атаксия головная боль	Сонливость Спутанность сознания
Блокаторы кальциевых каналов	Тошнота, рвота, кожные аллергические реакции Снижение АД Аллергические реакции	Головокружение	Сонливость

13 (118). Психомоторное возбуждение и способы его купирования.

Психомоторное возбуждение — _____

Вызванный к возбужденному больному медицинский работник обязан прежде всего установить характер заболевания и, не теряя времени, приступить к оказанию помощи.

Главная задача ухода и надзора за возбужденным больным — обеспечение безопасности самого больного и окружающих его людей. Психиатрический надзор должен быть тщательным, непрерывным и действенным. Возникшее возбуждение, являясь признаком серьезного психического заболевания, служит показанием к помещению в психиатрическую больницу.

Универсальным средством купирования маниакального возбуждения являются соли лития. Следует учесть, однако, что редукция маниакального синдрома при этом происходит не сразу и в основном за счет медленного упорядочения поведения. Поэтому в течение первых дней терапии необходимо сочетание солей лития с антипсихотическими средствами избирательного седативного действия. При купировании маниакального возбуждения применяются высокие дозы солей лития как внутрь, так и парентерально (до 2000 мг). Мощным антиманиакальным действием обладают нейролептики — галоперидол, триседил и др. При кататоническом возбуждении терапией выбора является применение ЭСТ.

119. Алкогольные психозы и основные принципы их лечения.

Алкогольные психозы — _____

Требуют помощи в специализированных наркологических учреждениях. Распространенность их среди всех больных, страдающих алкоголизмом, достаточно велика и достигает 10%. Из них до 70% приходится на алкогольный делирий. Делирий и другие алкогольные психозы возникают со второй стадии заболевания.

На начальном этапе показано введение манитола, глицерина, диуретиков при ограниченном количестве жидкости (не более 800-1000 мл) и растворов солей натрия. Для устранения внутриклеточного ацидоза необходимо вводить 20-40%-ю глюкозу при медленной инфузии. Возможно добавление инсулина из расчета 1 ед. на 8-10 г глюкозы, а также 25%-й сернокислой магнезии. Обязательно используют тиамин и пиридоксин (800-1000 мкг), рибофлавин (среднетерапевтические дозы), аскорбиновую кислоту.

Для подавления гиперактивности АЦД и кетоза следует использовать кальциевые блокаторы: цинаризин, нифидипин, верапамил и др. В качестве кальциевых блокаторов показаны бензодиазепины (реланиум — 2,0-4,0 мл сут). Лучшим и достаточно безопасным средством для устранения вазоспазма является папаверин (2,0-4,0 мл внутримышечно 3 раза в день).

Следует помнить и о сопутствующих соматических заболеваниях. Наиболее опасными являются бронхо-легочная недостаточность и панкреонекроз. В последнем случае необходимо незамедлительно перевести пациента в хирургический стационар. Сопутствующие бронхиты и пневмонии требуют применения антибиотиков широкого спектра действия в сочетании со всеми другими необходимыми в этих случаях терапевтическими действиями.

Другие алкогольные психозы (галлюциноз, параноид) лечатся подобным образом. При отсутствии эффекта от лечения нужно очень осторожно перейти к назначению нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков в зависимости от ведущего клинического синдрома в малых или среднетерапевтических дозах. Их предпочтительно вводить внутривенно медленно (капельно).

ЗАНЯТИЯ 7.

1 (17). Психологические характеристики сознания и психического бессознательного.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



**2. Общие клинические признаки расстройства сознания (критерии К.Ясперса).
Характеристика различных форм выключенного сознания (оглушение, сопор, кома).**





Классификация выключения сознания

Непсихотические формы – «простые» нарушения сознания, «количественные», по типу угнетения ясности осознания: обнубиляция и оглушение, сомноленция, сопор, кома.



Объективные признаки: _____





3 (58). Дифференциально-диагностические различия Дифференциально-диагностические различия делирия, онейроида, аменции, сумеречного помрачения сознания.





Классификация помрачения сознания

Психотические формы – «сложные» нарушения сознания, синдромы помрачения сознания: растерянность, делириозный и онейроидный, аментивный, сумеречные состояния



Объективные признаки: _____





Расстройства сознания (по В.Д. Менделевичу)

Клинический параметр	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное помрачение сознания
Нарушение ориентировки	В месте, времени	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени
Преобладающие расстройства восприятия	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	Фантастические зрительные слуховые псевдогаллюцинации	Отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии
Преобладающие расстройства мышления	Бредовые идеи преследования, отношения	Фантастические бредовые идеи величия воздействия	Бессвязность инкогеренция отрывочные бредовые идеи	Бредовые идеи преследования
Преобладающие аффективные нарушения	Тревога, страх	Эйфория «зачарованность»	Аффект «недоумения», смена аффектов	Дифория
Расстройства памяти	Амнезия отсутствует	Гипомнезия	Амнезия	Амнезия
Длительность	Часы	Сутки	Сутки, недели	Минуты, часы
Выход из состояния	Постепенный	Постепенный	Постепенный	Резкий

Заполни !

ПР	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное помрачение сознания

[illegible][illegible][illegible]

3. *Эпилептические эквиваленты*: а) дисфории; б) сумеречные состояния; в) особые состояния («никогда не виденного», «уже виденного»).

[illegible][illegible]

[illegible]

Заполни !

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery designed for writing. The edges of the paper are slightly irregular, suggesting it might be a scan of a physical document. There is no handwriting or other markings on the page.[illegible][illegible][illegible]

66

[illegible][illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]

7 (105). Основные принципы лечения эпилепсии. Особенности у детей и подростков.

Поскольку в большинстве случаев возникновение ПР связано с недостаточно эффективным лечением эпилепсии и нередко с фенобарбиталом и политерапией, следует оптимизировать лечение с переходом на монотерапию, предпочтительно карбамазепином, вальпроатом, ламотриджином. Улучшение контроля над приступами благоприятно действует на психическое состояние пациента.

Необходимо выявить возможные семейные и социальные психотравмирующие факторы и способствовать их устранению. Применить психофармакологическую интермиттирующую симптоматическую терапию с учетом ведущего ПР.

Важно оказывать постоянную психосоциальную поддержку больному с использованием любых методов психокоррекции, психотерапии и социальной реабилитации, поддерживая оптимизм в отношении жизненных возможностей.

Главным условием профилактики ПР является поддержание устойчивой ремиссии при хорошем сотрудничестве больного с врачом на фоне монотерапии и оптимальной психосоциальной адаптации и комфорта.

Ориентиры противоэпилептической терапии (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1988)

Форма пароксизмов
Частота пароксизмов
Их приуроченность ко времени суток
Особенности постприпадочного состояния, его продолжительность
Изменения личности
Интеллектуально-мнестические расстройства
Особенности психопатологических расстройств



Принципы лечения эпилепсии (А.С. Громов, 1988)

Этиопатогенетический подход
Индивидуальность лечения
Подбор оптимальных доз лекарств
Взаимозаменяемость лекарств
Непрерывность и оптимальная длительность противоэпилептического лечения





Заполни !

Противосудорожные препараты		
Терапия (по показаниям): рассасывающая, дегидратационная, противовоспалительная		
Пограничные ПР	Психозы	Деменция

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]

8 (106). Эпилептический статус. Клиника и методы купирования².

Эпилептический статус – длящееся более 30 мин катастрофическое учащение припадков, в промежутках между которыми больной не приходит в сознание. Продолжительность такого состояния колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Относится к угрожающим для жизни состояниям (смертность от 3 до 60%), требующим неотложной медицинской помощи. Выделяют статусы больших и малых судорожных припадков.

Поскольку наиболее частой причиной является несоблюдение режима приема противосудорожных лекарств, введение обычно принимаемого больным лекарства в адекватной дозе наиболее эффективно купирует статус. Возможно ректальное введение фенобарбитала в дозе 0,1-0,2 г в 20-30 мл свежеприготовленного водного раствора, свежеприготовленного раствора одной из пролонгированных форм вальпроата.

Во всех остальных случаях *в начальной стадии статуса (до 60 мин от начала)* взрослому больному вводят внутривенно или ректально 10 мг диазепама (2-4 мл 0,5%-го р-ра в 20 мл 5%-й глюкозы), ребенку препарат вводится в дозе 0,2-0,3 мг/кг. Скорость введения не должна превышать 2-5 мг/мин. При продолжении припадков спустя 15 мин от первого введения дозу следует повторить.

При невозможности наладить в/в введение можно использовать мидазолам. Преимущество его по сравнению с диазепамом и клоназепамом – более быстрое всасывание при внутримышечном и сублингвально-буккальном введении раствора, обеспечивающее достижение необходимой терапевтической концентрации в плазме, и меньшая склонность к аккумуляции при повторных введениях.

Не утратил своего значения хлоралгидрат (вводится в клизме: детям до 5 лет – 20 мл 2%-го р-ра, после 5 лет – 60 мл 3%-го раствора; взрослым разовая доза – 1-2 г в 4% растворе, суточная – 6 г).

Продолжение припадков более 30 мин – неблагоприятный признак, и требует мониторинга состояния больного в отделении интенсивной терапии и реанимации с установкой гибких внутривенных катетеров для введения лекарств и взятия анализов. Поскольку бензодиазепины обладают кратким сроком противосудорожного действия, повторную дозу следует вводить в комбинации с длительнодействующим препаратом – фенитоином (доза для взрослых составляет 15-18 мг/кг при скорости введения не более 50 мг/мин). Вместо фенитоина можно вводить раствор фенобарбитала в дозе 10 мг/кг со скоростью 100 мг/мин. Обычная доза для взрослых – 600-800 мг, последующая поддерживающая дозировка при капельном введении – 1-4 мг/кг.

Одновременно с противосудорожной терапией проводятся диагностические исследования по установлению этиологии статуса и ведется контроль кардио-респираторной функции, противогипоксическая терапия (масочный кислород 10 л/мин), вводится глюкоза в слабом (5%-м) растворе с тиаминном. При некупирующемся после прекращения судорог ацидозе вводится 3-8%-й раствор натрия гидрокарбоната под контролем рН крови. При тяжелой артериальной гипотонии применяют в/в дофамин – 2-5 мкг/кг/мин, в тяжелых случаях – 20 мкг/кг/мин.

Если эпилептические разряды не прекращаются (60-90 мин от начала статуса), больной переводится на управляемый наркоз тиопенталом натрия или гексеналом под миорелаксантами и искусственной вентиляцией, поддерживаемой в течение 12-24 ч после последнего паттерна эпилептического припадка на ЭЭГ или клинического припадка, если ЭЭГ недоступна.

В случае угрожающей стойкой внутричерепной гипертензии вводится маннитол, проводится вентиляция под положительным давлением, вводятся высокие дозы кортикостероидов (4 мг дексаметазона каждые 6 ч). При неуспешности попыток медикаментозного устранения внутричерепной ликворной гипертензии и отека мозга проводится нейрохирургическая декомпрессивная трепанация.

На протяжении всего периода лечения статуса проводится общая терапия, направленная на купирование и компенсацию физиологических нарушений, перечисленных выше и выявляемых лабораторными методами и мониторингом, включая антикоагуляционную, антиагрегационную, геморезорбционную терапию.

По мере купирования статуса немедленно восстанавливается поддерживающая пероральная противосудорожная терапия, которая может быть начата введением через назогастральный зонд взвеси измельченных таблетированных препаратов, соответствующих типу эпилепсии у больного с учетом предыдущего лечения.

² Цит. по: Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. М., 2001. С. 105-110.

9. План обследования больных с припадками³.

К судорожным синдромам относится большая группа пароксизмальных расстройств. Независимо от этиологии припадков общими проявлениями для них являются: 1) внезапное начало; 2) изменения ясности сознания вплоть до полного его отключения; 3) двигательные расстройства в форме судорог; 4) кратковременность состояния с критическим окончанием; 5) повторяемость пароксизмов по типу «клише» (однотипность проявлений), стереотипность (Г.В. Морозов, 1988).

Причина припадков	Метод исследования
Психогения Опухоль головного мозга Черепно-мозговая травма Аномалия сосудов головного мозга Инфекция головного мозга (менингит, энцефалит) Интоксикация (алкогольная и др.) Недостаток витамина В ₆ Нарушение обмена (гипонатриемия, -кальциемия, -гликемия; гипернатриемия, -инсулинома и др.) Системная красная волчанка Токсикоз беременных	Клинический Нейрофизиологический (электроэнцефалография и др.) Нейрорентгенологический (КТ, ПЭТ, ЯМР) Нейропсихологический Другие лабораторные методы

Начальный этап диагностики состоит в клиническом анализе припадков и описании обстоятельств его возникновения, протекания и прекращения, соматоневрологических заболеваний, ПР, психотравмирующих факторов, семейной ситуации и др. При наличии у больного известного соматического заболевания: кардиопатии с нарушениями ритма сердца, сахарного диабета, инсуломы, при отсутствии типичных для эпилепсии характеристик припадков (тонико-клонический, парциальный с моторными проявлениями или автоматизмами) в первую очередь следует думать о связи припадков с имеющимся заболеванием. Соответствующее дополнительное обследование дает окончательный диагноз. Из неврологических заболеваний наиболее частой причиной припадков, отличных от эпилепсии, являются транзиторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, тики и другие дискинетические и дистонические расстройства, приступы катаплексии.

Диагноз неэпилептического припадков строится на исключении его эпилептической природы. Наиболее общими признаками являются отсутствие данных в пользу структурного поражения мозга, наличие соматических, неврологических и ПР провоцирующего фактора в развитии припадков, несоответствие картины приступа типичным проявлениям основных эпилептических припадков и патофизиологическим механизмам их развертывания, наличие выраженного эмоционального компонента, отсутствие постприпадочных спутанности и сна. Если приступ не вызван специфической соматической причиной, биохимические изменения отсутствуют.

Когда исследование ЭЭГ в межприступный период не обнаруживает убедительных данных за эпилепсию, а подозрение на нее остается, решающим исследованием является регистрация ЭЭГ во время припадков (ЭЭГ-видеомониторинг одновременная регистрация ЭЭГ и видеоизображения пациента).

³ Цит. по: Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. М., 2001. С. 39-49.

ЗАНЯТИЕ 8

1 (68). ПР при травматических поражениях головного мозга. Особенности у детей и подростков.



Заполни !

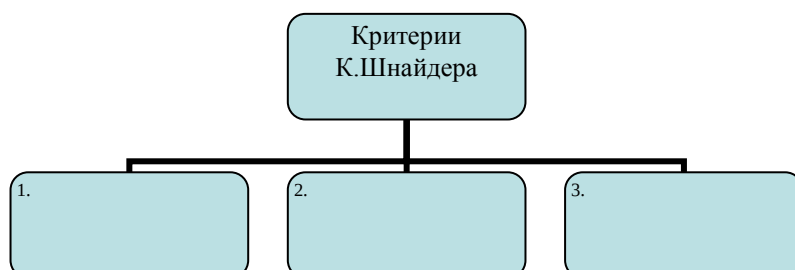
ПР	Острый период	Отдаленный период

2 (69). ПР при ВИЧ (СПИДе). Особенности у детей и подростков.



Заполни !

Пограничные ПР	Психозы	Деменция



[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

5 (120). Лечение ПР при травматических поражениях головного мозга (в остром и отдаленном периодах). Особенности у детей и подростков.











Заполни !

Острый	Отдаленный

ЗАНЯТИЕ 9

1 (79). Этиология умственной отсталости (олигофрений), основные клинические формы.



Степень олигофрении			
Дебильность	Имбецильность	Идиотия	
Умственная отсталость (по МКБ-10)			
Легкая IQ=50-69	Умеренная IQ=35-49	Тяжелая IQ=20-34	Глубокая IQ< 20

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Признак	Умственная отсталость (олигофрения)	Задержка психического развития

3 (104). Принципы лечения умственной отсталости. Медико-педагогические мероприятия.











4 (110). Принципы и этапы реабилитации психически больных.

Реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация, так как. при ПР серьезно нарушаются социальные связи и отношения (М.М. Кабанов).

[illegible]

5 (119). Профилактика ПР (первичная, вторичная, третичная).

 Профилактика	 Вторичная профилактика ПР –
 Первичная профилактика ПР	 Третичная профилактика ПР – 

Период жизни	Микросоциальная сфера	Макросоциальная сфера	Медицинская сфера (профилактические мероприятия)
Зачатие и внутриутробное развитие (антенатальный)	Здоровье будущих родителей, взаимоотношения между ними, желательность ребенка, материальное положение семьи, состояние индивидуального сознания	Здраво- и природоохранные аспекты жизни и труд; справедливость в вопросах охраны здоровья качество жизни, состояние общественного сознания	Медико-генетическое консультирование, акушерско-гинекологическое наблюдение
Рождение и новорожденность	Депривация материнская и сенсорная; многодетность, неполная семья низкий образовательный или культурный уровень родителей, наличие у них ПР; сиротство	Отсутствие возможностей для полноценного развития социальная депривация	Акушерская помощь, осмотр микропедиатра, осмотры педиатра, социального работника (при наличии факторов социального риска)
Обучение	Неправильное воспитание семейная запущенность психотравмирующее поведение родителей в отношении своих детей	Отсутствие возможностей для получения (продолжения) образования; психодидактогении, педагогическая запущенность	Осмотр семейного врача (участкового терапевта), психологическое консультирование (периодически), осмотры врачей-специалистов (по рекомендации семейного врача)
Профессиональная деятельность	Конфликты (проблемы) в собственной семье, вплоть до ее распада; отсутствие (потеря) собственной семьи, смерть близких профессиональные аддикции (трудоголизм и др.) потеря трудоспособности	Безработица, производственные конфликты (в сфере занятости), социальные стрессы, профессиональная психологическая деформация	Аналогичные периоду обучения
Пенсионный	Одиночество, отсутствие тесных семейных связей	Социальная изоляция	Аналогичные периоду обучения + осмотры социального работника (периодически)

ЗАНЯТИЕ 10

1 (73). Клинические особенности маниакальной и депрессивной фаз. Соматические расстройства в клинике биполярного аффективного расстройства (МДП).



Заполни !

Критерий	БАР (МДП)	Шизофрения

2 (77). Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз). Основные закономерности течения, критерии диагностики. Особенности у детей и подростков.











3. Терапия биполярного аффективного расстройства (МДП).



Нозологическая классификация и лечение депрессивных состояний (Kielholz P., 1965)

Нозология депрессии	Лечение
I. Соматогенные: а). органические (сенильные, атеросклеротические эпилептические, посттравматические) б) симптоматические (постинтоксикационные гемодинамические, эндокринные, токсические)	1. Патогенетическая соматическая терапия 2. Симптоматическая психофармакотерапия 3. Психотерапия
II. Эндогенные (шизофренические, биполярные монополярные, инволюционная меланхолия)	1. Психофармакотерапия (антидепрессанты нормотимики, тимонейролептики) 2. Психотерапия
III. Психогенные	1. Психотерапия 2. Психофармакотерапия (транквилизаторы, «малые» антидепрессанты)

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

5 (99). Систематика типов течения шизофрении, клинические формы.



Непрерывная (без ремиссий)		Приступообразная (с ремиссиями)	
		Прогрессирование болезни: Грубое (быстрое) Умеренное (среднее) Медленное (вялотекущее)	
Формы шизофрении по ведущему клиническому синдрому			
Параноидная	Простая	Кататоническая	Гебефреническая

Заполни !

Малопрогредиентная	Умеренно прогредиентная	Грубопрогредиентная
Шизоидизация	Дефект	Слабоумие
Астения	Апатия, абулия	Апатоабулия
Сглаженность эмоций	Эмоциональное обеднение	Эмоциональная тупость

6 (91). Кататоническая форма шизофрении. Особенности у детей и подростков.



Заполни !

Признак	Кататоническое возбуждение	Гебефреническое возбуждение

7 (92). Простая форма шизофрении. Особенности у детей и подростков.

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

Заполни !

[illegible]

8 (93). Гебефреническая форма шизофрении.











Заполни !

Критерий	Шизофрения	Шизоидная акцентуация

9 (95). Параноидная форма шизофрении. Особенности у детей и подростков.



Заполни !

[illegible]

11. Исходы шизофрении. Вопросы социальной и трудовой реадaptации.



ЗАНЯТИЕ 11

1 (94). Психогении, их систематика. Аффективно-шоковые реакции.











2 (76). Психосоматические расстройства. Особенности у детей и подростков.











3 (85). Истерический невроз (диссоциативное конверсионное расстройство). Суть невротического конфликта, клиника и течение.











4 (86). Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство). Суть невротического конфликта, клиника и течение.











5 (88). Неврастения. Суть невротического конфликта, клиника, течение.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

7 (90). Психогенные аномальные реакции. Особенности у детей и подростков.











8 (114). Психотерапия, основные методы и показания к их применению.











9 (100). Лечение, реабилитация и профилактика психосоматических заболеваний.











10 (103). Лечебные мероприятия при невротических расстройствах.



ЗАНЯТИЯ 12.

1 (18). Механизмы психологической защиты и совладания.

[illegible][illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.[illegible][illegible]

2 (19). Психологические особенности возрастных периодов.

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

3 (20). Особенности психологического развития.



[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

5 (36). Основные психотерапевтические подходы и направления.



6 (37). Семейная психология и семейная психотерапия.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.[illegible][illegible]

7 (38). Психологическая помощь детям и подросткам.











8 (39). Психогигиена и психопрофилактика.



ЗАНЯТИЯ 13.

1 (24). Больной и его образ «идеального врача».



[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

3 (26). Психологическая структура личности.











4 (27). Потребностно-мотивационная сфера личности.



5 (31). Деонтология и личностная позиция врача.



6 (32). Ятрогении.



ЗАНЯТИЯ 14.

1 (66). Закономерности постнатального онтогенеза. Возрастные периоды и возрастные кризы, их значение для психиатрии.



Преимущественное формирование психопатологических синдромов в онтогенезе

Возрастные уровни			
Сомато- вегетативный	Психомоторный	Аффективный	Эмоционально- идеаторный
0-3 года	4-7 лет	5-10 лет	11-17 лет
Невропатия	Гиперактивности, невротические (неврозоподобные), двигательные расстройства	Синдромы: страхов, повышенной аффективной возбудимости, нарушения влечений (уходов и бродяжничества)	Психогенные ситуационные реакции, сверхценные идеи; синдромы: ипохондрический, дисморфофобии (-мании), нервной анорексии, сверхценных увлечений и интересов

2 (67). Осложненный психический инфантилизм.

[illegible]



Заполни !

119

4 (84). Личностные расстройства (психопатии). Определение, критерии диагностики, классификация. Формы проявлений нарушений поведения у подростков.











5 (89). Простой («гармонический») психический инфантилизм

Психический инфантилизм

Проявления

В эмоционально-волевой сфере: несамостоятельность, повышенная внушаемость, стремление к получению удовольствия как основной мотивации поведения, преобладание игровых интересов в школьном возрасте, беспечность, незрелость чувства долга и ответственности, неспособность к волевому напряжению, преодолению трудностей и др.

Незрелость моторики: недостаточность тонких движений, затруднение выработки двигательных школьных и трудовых навыков; избыточность лишних, сопутствующих движений.

Пограничная интеллектуальная недостаточность:

преобладание конкретно-образного и наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим; повышенная истощаемость активного внимания, недостаточность словесно-смысловой памяти, слабость абстрактно-познавательных интересов; нарушение адаптации к школе, неуспеваемость.

Варианты (синдромы) психического инфантилизма

Простой = гармоничный (без дополнительных, осложняющих психопатологических синдромов); возрастная динамика благоприятная

Осложненный = дисгармоничный (сочетается с другими психопатологическими синдромами); возрастная динамика менее благоприятная

Задержка психического развития с пограничной интеллектуальной недостаточностью, формирование психопатий (личностных расстройств)

6. Осложненный психический инфантилизм.

 Инфантилизм – психическая незрелость различных сфер деятельности ребенка (человека).	
	
	



ЗАНЯТИЯ 15.

1 (82). Классификация ПР, вызванных употреблением психоактивных веществ.

[illegible]

Вещество оказывает специфическое действие на ЦНС и организм		
Вещество включено в список наркотиков	Не включено	
Затрагивает большие группы людей и огромные территории	Распространено локально, употребляют отдельные люди	
I стадия	II стадия	III стадия
Психоактивное вещество (ПАВ) – любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, а при систематическом – вызывать физическую или психическую зависимость. ПАВ: алкоголь, производные опия, каннабиса, седативные и снотворные средства, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, летучие растворители, табак (МКБ-10) ! Злоупотребление наркотиками и токсическими		

! Злоупотребление наркотиками и токсическими веществами без зависимости от них наркоманией или токсикоманией не считается



Признак	Алкоголизм (I стадия)	Бытовое пьянство

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]

Признак	Стадия алкоголизма		
	I	II	III
Зависимость			
Толерантность			
Запой			

4. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения. Патологическое опьянение, судебно-психиатрическая оценка.











Патологическое опьянение – острый кратковременный психотический эпизод с болезненно измененным сознанием	Параноидный вариант Эпилептиформный вариант
Признаются невменяемыми	

5. Нехимические зависимости (гемблинг, Интернет-зависимость и др.). Клиника и принципы лечения.











6 (65). Психический дизонтогенез (понятие, основные типы, факторы, участвующие в его происхождении).

[illegible]

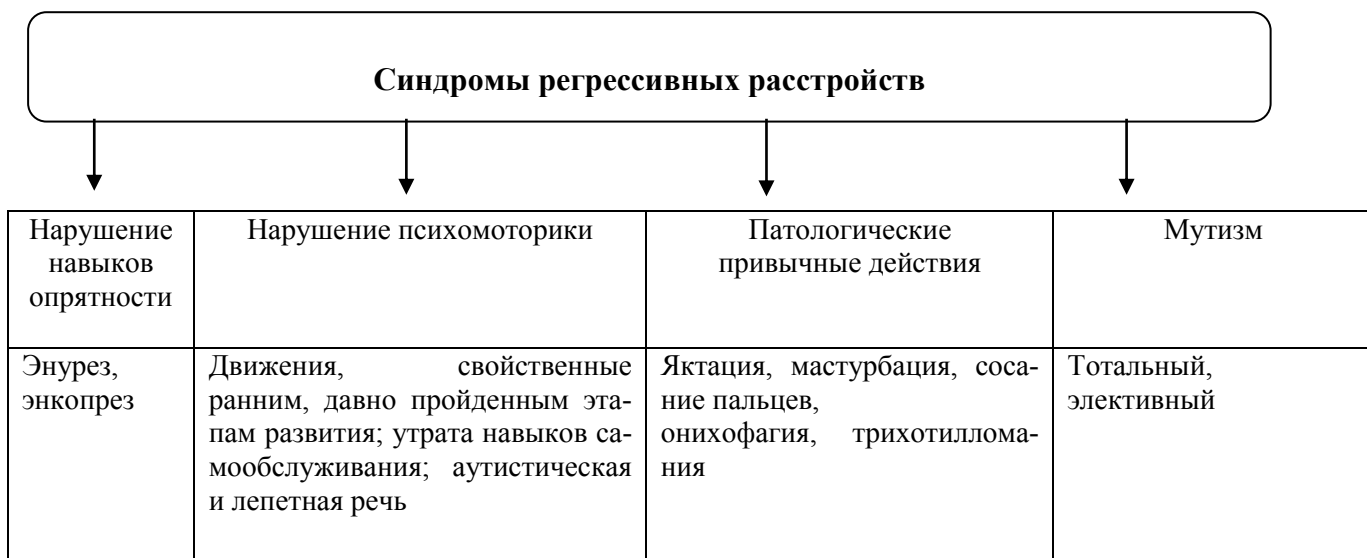
<i>Типы психического дизонтогенеза</i>		
Ретардация	Асинхрония	Связанный с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования
Нейрофизиологическая основа		
Нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем	Разновременность созревания церебральных структур и функций	Преходящая физиологическая незрелость, а также временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования
Клинические проявления		
Тотальная (умственная отсталость), парциальная (психический инфантилизм, синдромы невропатии, незрелость отдельных сторон психики; запаздывание формирования школьных навыков чтения, письма и счета)	Психопатические синдромы, ранний детский аутизм, гебоидный синдром	Кататонические, кататоно-гебефренные, регрессивные нарушения (нарушение навыков опрятности, патологические привычные действия: яктация, мастурбация, сосание пальцев, онихофагия, трихотилломания и др.), тотальный и элективный мутизм, гиперкинетический синдром, патологические страхи и фантазии «заикания развития» и некоторые др.
<i>Возраст начала нарушений</i>		
Ранний детский и младший школьный	Детский, младший школьный и подростковый	Детский и подростковый, иногда юношеский и взрослый

7 (42). Клинические проявления психического дизонтогенеза.



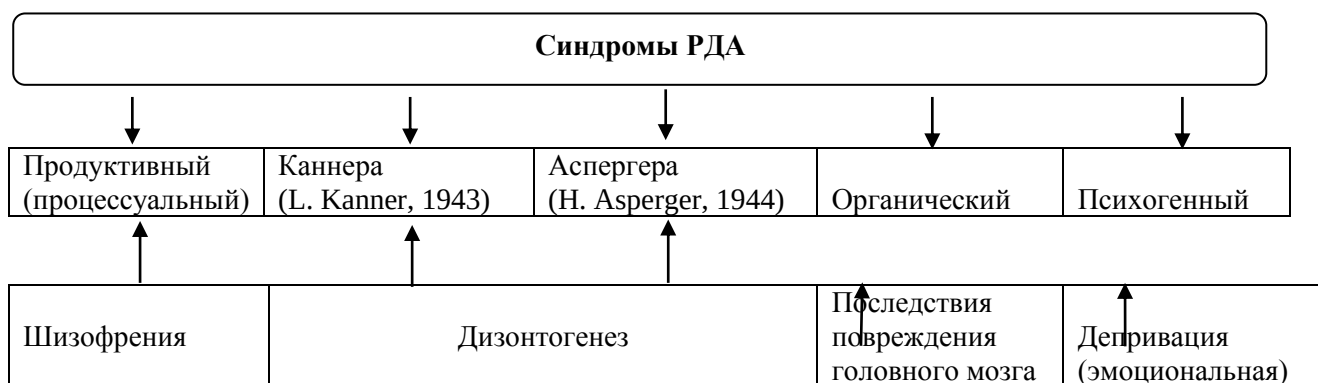
8 (43). Синдромы регрессивных расстройств.

 Синдромы регрессивных расстройств -	
	
	



9 (63). Ранний детский аутизм (синдромы Каннера и Аспергера).

 Ранний детский аутизм (РДА) – выраженная недостаточность или полное отсутствие стремления к контактам с окружающими; отгороженность от внешнего мира; слабость эмоциональных реакций к близким вплоть до полного безразличия к ним; недостаточная способность дифференцировать людей, животных и неодушевленные предметы; недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители; боязнь всего нового; однообразное поведение со склонностью к стереотипным регрессивным движениям (В.В. Ковалев, 1995)	
	
	
	



Дифференциальная диагностика синдромов РДА

Признак	Синдром РДА	
	Каннера	Аспергера
Время появления первых симптомов РДА	На первом году жизни	На 2-3 году жизни
Пол	Девочки и мальчики	Только мальчики
Интеллектуальное развитие	Как правило, ниже нормы	Норма или выше нормы
Психомоторика	Ходьба развивается раньше речи	Начинают говорить раньше, чем ходить
Речь	Не выполняет коммуникативной функции	Средство общения
Исход	Атипичная умственная отсталость у 75% больных, шизоидная психопатия – у 25% с нормальным интеллектом	Шизоидная психопатия

ЗАНЯТИЯ 16.

1 (75). Зависимость от табака. Клиника, стадии, диагностика, принципы лечения.



2 (108). Особенности лечения ПР у детей и подростков.



3 (62). Дистморфобия и дистморфомания как ПР у подростков. Дистморфоманическая триада.



Дистморфобия – болезненная идея мнимого или необоснованного физического недостатка

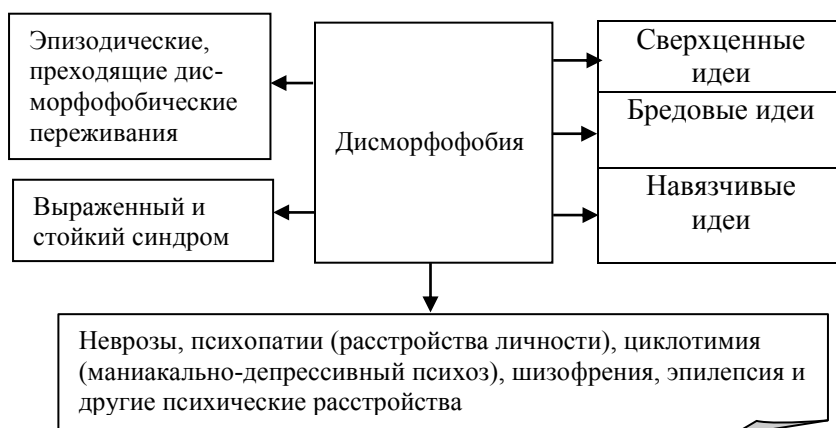








Варианты дистморфобии

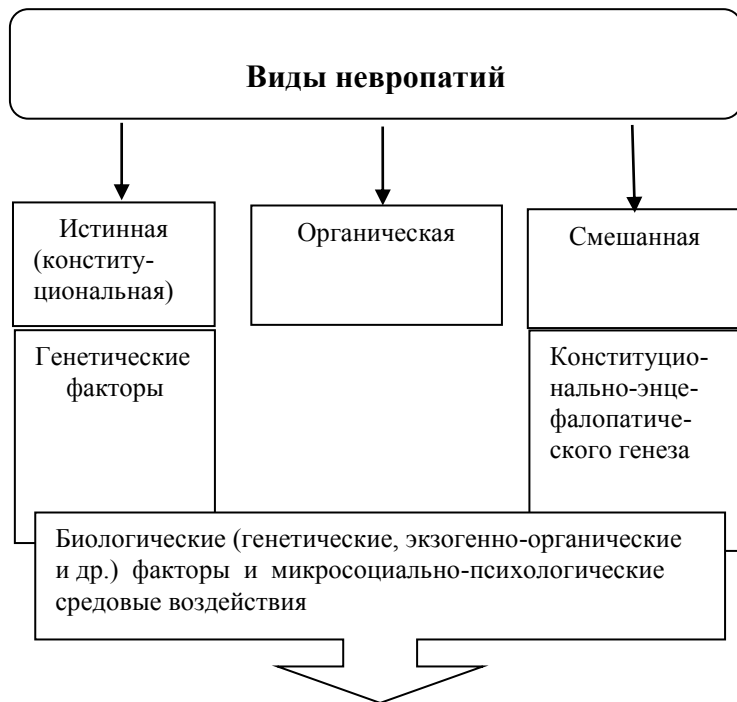


Дистморфоманическая триада

1. Патологические идеи физического недостатка.
2. Идеи отношения.
3. Подавленное настроение.

4 (64). Синдром невропатии и его виды.

 Синдром невропатии : Нарушение ритма и глубины сна, пищеварения (упорные срыгивания, рвота, понос, запор и т.п.); общее моторное и эмоциональное беспокойство; повышенная склонность к аллергическим реакциям, острым респираторным и инфекционным заболеваниям; в дошкольном возрасте – повышенная аффективная возбудимость в сочетании с истощаемостью либо выраженная тормозимость, пугливость, склонность к психопатологическим недифференцированным и сверхценным страхам (боязнь темноты, одиночества).	
 	 



5 (70). Нервная анорексия и булимия как ПР пубертатного возраста.



Анорексия нервная – упорный отказ от еды, часто скрывааемый от окружающих.



Этапы синдрома нервной (психической) анорексии (по М.В. Коркиной, 1987)

Инициальный	Дисморфоманический	Кахектический	Редукции
Сверхценные переживания «излишней полноты», нестойкое ограничение приема пищи	Упорное ограничение приема пищи, отказ от еды, «рвотное поведение»; сомато-эндокринные расстройства	Потеря веса, истощение, дистрофия внутренних органов, астено-адинамия	Наращение массы тела и нормализация соматического состояния

6 (71). Патологические привычные действия в раннем детском возрасте.

[illegible][illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.[illegible]

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

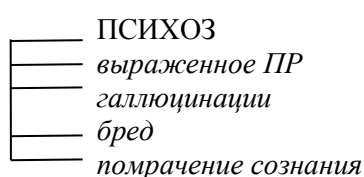
1. *Голенков А.В.* Психиатрия и наркология: учеб. пособие / А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008. 84 с.
2. *Детская и подростковая психиатрия: схемы и таблицы* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 36 с.
3. *Зенков Л.Р.* Лечение эпилепсии / Л.Р. Зенков; под ред. Н.Н. Яхно. М., 2001. 228 с.
4. *Ильенко Л.И.* Как учиться эффективно: учеб. пособие / Л.И. Ильенко, Н.М. Филичкина; под ред. Г.И. Сторожакова. М., 2007. 168 с.
5. *История психиатрии: даты, события, люди: материалы для учеб.-исслед. и науч.-исслед. работы студентов* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2015. 68 с.
6. *История болезни в психиатрии: самоучитель* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2017. 32 с.
7. *Коркина М.В.* Психиатрия: учебник для мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. М., 2008. 576 с.
8. *Малин Д.И.* Побочное действие психотропных средств / Д.И. Малин. М.: Вузовская книга, 2000. 208 с.
9. *Малин Д.И.* Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках / Д.И. Малин, В.М. Медведев. М., 2003. 104 с.
10. *Наркология: национальное руководство. 2-е изд.* / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 946 с.
11. *Незнанов Н.Г.* Психиатрия: учебник для мед. вузов / Н.Г. Незнанов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с.
12. *Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Николаев Е.Л.* Психология в работе врача: конспект лекций. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009. 176 с.
13. *Психиатрия: национальное руководство* / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
14. *Психиатрия и наркология: сб. ситуационных и клинических задач* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. 216 с.
15. *Психиатрия и психология: терминологический словарь* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 56 с.
16. *Психиатрия и медицинская психология: самоучитель* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2016. 80 с.
17. *Рустанович А.В.* Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. 204 с.
18. *Судебная психиатрия: схемы и таблицы* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005. 28 с.
19. *Художественная психопатология: хрестоматия* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 280 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Перечень практических навыков по психиатрии и наркологии

1. Уметь выявлять и квалифицировать ПР.
2. Уметь собирать анамнестические сведения о больном с ПР, формулировать заключение о его психическом состоянии и оформлять направление в психиатрическое учреждение.
3. Уметь оказывать помощь при неотложных состояниях психиатрии и наркологии (возбуждении, суицидальных тенденциях, отказе от еды, эпилептическом статусе, острых психозах, отравлениях психотропными средствами, алкоголем и наркотиками).
4. Знать показания для направления психически больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

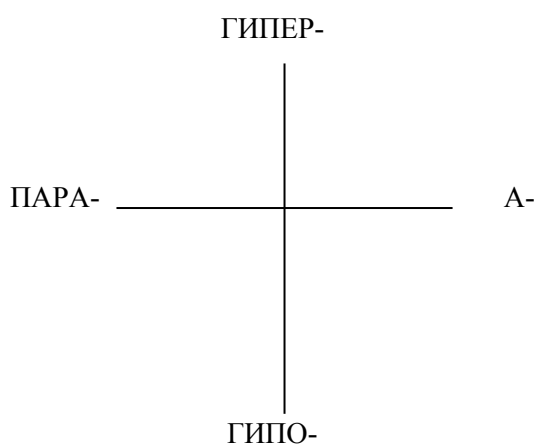
2. Графическая схема определения [4]



Выделены ключевые слова в определении понятия «Психоз»

Выпишите слова, смысл которых вам не понятен. В определении выделите ключевые слова.

3. Схема расстройств психических сфер



4. Матрица нарушений психических процессов и групп ПР

Психическая сфера	Группа ПР												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Восприятие													
Мышление													
Память													
Интеллект													
Воля													
Эмоциональная													
Психомоторная													
Сознание (самосознание)													
Личность													

1 – шизофрения; 2 – МДП; 3 – эпилепсия; 4 – наркологические заболевания; 5 – ПР при черепно-мозговой травме; 6 – интоксикационные ПР; 7 – ПР при общих и мозговых инфекциях; 8 – ПР при сосудистых

поражениях головного мозга; 9 – ПР при соматических заболеваниях; 10 – ПР позднего возраста; 11 – расстройства личности; 12 – умственная отсталость; 13 – психогенные расстройства.

5. Классификация психотропных средств [7, 8]

Класс	Группы	
	по клиническому действию	по химическому строению или механизму действия
Нейролептики	I. Нейролептики с седативным действием II. Нейролептики среднего действия (антипсихотики) III. Поливалентные нейролептики с мощным антипсихотическим действием IV. Нейролептики с растормаживающим действием V. Атипичные нейролептики	I. Производные фенотиазина II. Производные бутирофенона III. Производные тioxантена IV. Производные дифенилбутилпиперидина V. Производные дибензодиазепина VI. Замещенные бензамиды VII. Производные других химических групп
Транквилизаторы (анксиолитики)	I. Транквилизаторы с преимущественно тормозным (седативным) компонентом действия II. Дневные транквилизаторы III. Транквилизаторы гипнотики	I. Производные бензодиазепина II. Карбаминовые эфиры замещенного пропандиола III. Производные дифенилметана IV. Производные триметоксибензойной кислоты V. Транквилизаторы других химических групп
Антидепрессанты (тимоаналептики)	I. Антидепрессанты с преимущественно седативным действием II. Антидепрессанты сбалансированного действия III. Антидепрессанты с преимущественно стимулирующим действием	I. Антидепрессанты неизбирательные ингибиторы нейронального захвата моноаминов A. Препараты трициклической структуры B. Препараты тетрациклической структуры B. Препараты другой химической структуры II. Селективные ингибиторы нейронального захвата моноаминов A. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина B. Селективные ингибиторы обратного захвата дофамина III. Антидепрессанты ингибиторы моноаминоксидазы (MAO) A. Ингибиторы MAO необратимого действия B. Ингибиторы MAO обратимого действия III. Антидепрессанты с другими механизмами действия
Психостимуляторы	—	I. Производные пурина II. Фенилалкиламины и их аналоги III. Фенилалкилсиднонимины
Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы)	I. Препараты с седативными свойствами II. Препараты со стимулирующими свойствами III. Препараты сбалансированного действия	—
Нормотимики (тимолептики)	—	I. Препараты солей лития II. Антikonвульсанты III. Блокаторы кальциевых каналов
Психодизлептики	—	—

ОГЛАВЛЕНИЕ

Занятие 1	4
Занятие 2	12
Занятие 3	22
Занятие 4	30
Занятие 5	40
Занятие 6	49
Занятие 7	62
Занятие 8	72
Занятие 9	77
Занятие 10	82
Занятие 11	93
Занятие 12	103
Занятие 13	111
Занятие 14	117
Занятие 15	123
Занятие 16	131
Список рекомендуемой литературы.....	137
Приложения.....	138

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Рабочая тетрадь

Редактор М.С. Кулина

Согласно Закону № 436-ФЗ от 29 декабря 2010 года
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 30.01.2018. Формат 60 × 84/8.
Бумага газетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 13,58. Уч.-изд. л. 13,10. Тираж 100 экз. Заказ №

Издательство Чувашского университета
Типография университета
428015 Чебоксары, Московский просп., 15