

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе _____ Г.Ю. Нагорная

«31» 03



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

_____ Дерматовенерология _____

Уровень образовательной программы _____ специалитет _____

Специальность _____ 31.05.02 Педиатрия _____

Форма обучения _____ очная _____

Срок освоения ОП _____ 6 лет _____

Институт _____ Медицинский _____

Кафедра разработчик РПД _____ Пропедевтика внутренних болезней _____

Выпускающая кафедра _____ Педиатрия _____

Начальник
учебно-методического управления _____

Директор института _____

И.о. зав. выпускающей кафедрой _____

Семенова Л.У.

Узденов М.Б.

Батчаев А.С-У.

г. Черкесск, 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели освоения дисциплины.....	4
2. Место дисциплины в структуре образовательной программы.....	4
3. Планируемые результаты обучения по дисциплине	5
4. Структура и содержание дисциплины.....	6
4.1 Объем дисциплины и виды работы.....	6
4.2 Содержание учебной дисциплины.....	7
4.2.1 Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля.	7
4.2.2 Лекционный курс.....	7
4.2.3. Практические занятия	26
4.3 Самостоятельная работа.....	45
5 Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.....	46
6 Образовательные технологии.....	47
7 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	48
7.1. Перечень основной и дополнительной литературы.....	48
7.2 Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».....	49
7.3. Информационные технологии.....	49
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....	50
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий...	50
8.2 Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся...	50
8.3 Требования к специализированному оборудованию.....	50
9 Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	51
Приложение 1. Фонд оценочных средств	

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины «Психиатрия, медицинская психология» состоит в:

- освоение обучающимися основ знаний, умений и навыков по своевременному распознаванию психических расстройств, адекватному применению организационных, правовых, этико-деонтологических и лечебных принципов в отношении этих больных, оказанию неотложной помощи при психиатрической патологии.

Задачи дисциплины:

- ознакомить с историей и современным состоянием мировой и отечественной клинической психиатрии, реорганизацией психиатрической службы, определить место психиатрических знаний в медицинском образовании врача;
- изучить «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», освоить принципы его применения на практике;
- на основе навыков беседы с больными и родственниками сформировать умение своевременно распознать и выявить психические расстройства – основные симптомы, формы психических заболеваний;
- изучить основные методы лечения и профилактики психических расстройств, трудовой и социальной реадaptации и реабилитации
- освоить на уровне умений способы оказания неотложной психиатрической помощи при наиболее тяжелых расстройствах (психомоторное возбуждение, эпилептический статус, затяжная гипогликемическая кома, злокачественный нейролептический синдром, дискинезии и другие);
- сформулировать умение анализировать выявленного расстройства психики, организовать консультацию психиатра, грамотно оформить направление в психоневрологическое отделение.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Дисциплина «Психиатрия, медицинская психология» относится к базовой части Блока 1 Дисциплины (модуля) и имеет тесную связь с другими дисциплинами.

2.2. В таблице приведены предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций дисциплины в соответствии с матрицей компетенций ОП.

Предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
1	Психология и педагогика Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения	Государственная итоговая аттестация

3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта по специальности и формируются в соответствии с матрицей компетенций ОП

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Наименование компетенции (или ее части)	ИНДИКАТОРЫ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ
1	2	3	4
1.	ОПК-8	ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	иОПК-8.1. Способность и готовность составлять индивидуальный план реабилитационного ухода совместно с пациентом/семьей иОПК-8.2 Способность осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации пациента иОПК- 8.3 Способность и готовность организовать рабочее пространство и безопасную больничную среду, обучать семью адаптации жилого помещения к потребностям пациента и инвалида
2.	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания (ПК-5);	иПК-5.1. порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи иПК-5.2. методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению
3.	ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-9);	иПК-9.1. тактики ведения больных в условиях поликлиники и дневного стационара иПК-9.2. назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями

			<p>(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>иПК-9.3. назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>иПК-9.4.</p>
4.	ПК-16	<p>готовностью к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни (ПК-16);</p>	<p>иПК-16.1. формы и методы санитарно-просветительной работы по устранению факторов риска и формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>иПК-16.2. формы и методы санитарно-просветительской работы среди пациентов, медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний</p> <p>иПК-16.3. популярно изложить значения факторов риска при заболеваниях внутренних органов и меры профилактики обострений</p> <p>иПК-16.4. выделять особенности, определять формы и методы просветительской деятельности медицинских работников среди пациентов и населения по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни</p> <p>иПК-16.5. навыками санитарно-просветительской работы, в том числе по формированию навыков здорового образа жизни, алгоритмом оценки факторов индивидуального риска развития наиболее</p>

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ РАБОТЫ

Вид работы		Всего часов	Семестры*	
			№ 9	
			часов	
1		2	3	
Аудиторная контактная работа (всего)		108	108	
В том числе:				
Лекции (Л)		14	14	
Практические занятия (ПЗ)		44	44	
Внеаудиторная контактная работа		2	2	
Самостоятельная работа (СР)** (всего)		48	48	
<i>Реферат (Реф)</i>		10	10	
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>		10	10	
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК)</i>		12	12	
<i>Подготовка к промежуточному контролю (ППК)</i>		10	10	
<i>Самоподготовка</i>		4	4	
Промежуточная аттестация	Экзамен (Э)	Э(36)	Э(36)	
	<i>Прием зач., час.</i>	0,5	0,5	
	<i>Консультация, час</i>	2	2	
	<i>СР, час.</i>	33,5	33,5	
ИТОГО: Общая трудоемкость	часов	180	180	
	зач. ед.	5	5	

4.2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

4.2.1. Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	9	Раздел 1. Общая психопатология	18		30	20	68	контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 2. Частная психопатология	22		30	20	72	
		Внеаудиторная контактная работа					4	Индивидуальные и групповые консультации
3.	9	Промежуточная аттестация					36	Экзамен
	9	Всего за семестр	40		60	40	144	
4.		ИТОГО:					180	

4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1	Раздел 1. Общая психопатология	Введение в психиатрию. Организация психиатрической помощи. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	Психиатр — это врач, который консультирует и лечит людей, страдающих эмоциональными расстройствами, испытывающих затруднения в личных отношениях, вредящих самим себе своим поведением, а в тяжёлых случаях — переживающих ненормальные	4

			<p>чувства, представления и ощущения.</p> <p>Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.</p>	
2		Ощущения, их расстройства	<p>Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма.</p> <p>Физиологической основой ощущение являются анализаторы органов чувств, позволяющие распознать такие стороны как твердое или мягкое, теплое или холодное, громкое или тихое, прозрачное или мутное, красное или синие, большое или маленькое и пр.</p> <p>Экстероцептивные рецепторы (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире,</p>	4

			<p>интероцептивные – о состоянии внутренних органов и систем, проприоцептивные – о положении тела в пространстве и совершаемых движений.</p> <p>Для определения нарушений ощущения используются термины: анестезия, гипестезии, гиперестезия, сенестопатия и парестезия.</p>	
3		<p>Расстройства восприятия.</p>	<p>Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств. Конечный продукт восприятия - образное, чувственное представление о конкретном объекте.</p> <p>Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: агнозиями, иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами.</p> <p>Агнозии – неузнавание предмета, неспособность больного объяснить значение и название воспринимаемого предмета</p>	2

			Зрительные, слуховые и другие агнозии подобно рассматриваются и изучаются в курсе нервных болезней. В психиатрии отдельный интерес представляют анозогнозии (неузнавание своей болезни) встречающиеся при многих психических и соматических заболеваниях (истерических расстройствах, алкоголизме, опухолях, туберкулезе и др.) и носящие разный патогенетический характер.	
4		Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.	Гипермнезия – патологическое усиление функций памяти. При этом запоминание может оставаться на обычном уровне, а воспроизведение – резко усиливаться. Наплывы воспоминаний у больных приобретают хаотический характер, что понижает способность к концентрации внимания и снижает продуктивность мышления и психической деятельности в целом. Подобные нарушения наблюдаются в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при эйфорических	4

			<p>состояниях, шизофрении, а также могут сопутствовать эпилептическим пароксизмам, например, во время ауры или психо-сенсорного припадка. Явления гипермнезии также могут встречаться у больных со сравнительно легкими (невротическими) расстройствами психики. Расстройство интеллекта – слабоумие – может быть врожденным и приобретенным. Врожденное слабоумие (олигофрения) может быть представлено различными степенями недоразвития психики или задержки психического развития, наблюдающегося в первые годы жизни. В любом случае формирование большинства функций нервной системы не достигает уровня полноценной нормы, а многие важные для жизнедеятельности и адаптации функции не формируются вообще. Однако динамика олигофрений характеризуется отсутствием прогрессирующего нарастания интеллектуального дефекта. Напротив, в</p>	
--	--	--	---	--

			<p>процессе эволюционного развития, накопления жизненного опыта и соответствующих поведенческих навыков возможно улучшение адаптации и умения использовать приобретенные знания.</p>	
5		<p>Расстройства эмоций, воли, сознания</p>	<p>Сензитивность (эмоциональная гиперестезия) – повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость. Может быть врожденным личностным свойством, особенно выраженным при психопатиях.</p> <p>Эмоциональная холодность – нивелировка выраженности эмоций в виде ровного, холодное отношение ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости. Выявляется у психопатов, при шизофрении.</p> <p>Эмоциональная тупость – слабость, обеднение эмоциональных проявлений и контактов, оскуднение чувств, доходящее до безучастности. Встречается в рамках шизофренического дефекта.</p> <p>Апатия –</p>	4

			<p>безразличие, полное отсутствие чувств, при котором не возникают желания и побуждения. Чаще наблюдается чувственное притупление, при котором эмоции становятся тусклыми, бедными. Преимущественной эмоцией больных является равнодушие. Встречается при шизофрении (дефект) и грубых органических поражениях головного мозга, а так же может быть ведущим проявлением депрессивного синдрома.</p>	
6		Терапия, неотложная помощь в психиатрии	<p>К неотложным состояниям относятся все острые патологические состояния, обусловленные внешними и внутренними факторами требующие экстренной диагностики и целенаправленной терапии вне зависимости от степени тяжести заболевания. Неотложное состояние, не может характеризоваться какими либо конкретными сроками или отрезком времени. В зависимости от причины вызвавшей заболевание, или индивидуальных особенностей его</p>	2

			<p>течения продолжительность неотложных состояний различно. Рекомендации принимать за неотложные состояния «первые дни болезни»или острый период заболевания следует считать неоправданными не отражающими сущности понятия «неотложное состояние», так как оно может закончиться смертью или регрессировать; исход во многом зависит от объема и качества оказываемой помощи. Состояние, расцениваемое как «неотложное», этап заболевания, на протяжении, которого нарастают или стойко сохраняются выраженные нарушения витальных функций и (или) жизненного опасные психические расстройства.</p>	
8	Раздел 2. Частная психопатология	Эпилепсия.	<p>Эпилепсия – хроническое нервно-психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной, главными элементами которой являются:</p> <p>- повторные,</p>	2

			<p>непровоцируемые эпилептические припадки;</p> <p>- транзиторные (преходящие) психические расстройства;</p> <p>- хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции.</p>	
9		<p>Психические изменения при травмах мозга. Психические изменения при церебральном сифилисе и СПИДе.</p>	<p>Травматические повреждения головного мозга — одна из частых причин психических нарушений у детей. Чаще они наблюдаются у мальчиков школьного возраста. Ранние черепно-мозговые травмы нередко способствуют возникновению различных форм психического недоразвития.</p> <p>По характеру травматического воздействия на головной мозг различают открытые травмы (с нарушением целостности черепа) и закрытые травмы (без нарушения костных покровов). Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: психическим (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого</p>	4

			<p>заболевания и о связанных с этим внутрисемейных, интерперсональных и социальных проблемах; общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток. ирус СПИДа, обладающий не только лимфотропными, но и нейротропными свойствами, т. е. способностью поражать непосредственно клетки центральной нервной системы, может вызывать психические расстройства задолго до появления признаков снижения иммунитета у больного.</p> <p>У многих больных СПИДом за несколько месяцев, а иногда даже лет до манифестации заболевания отмечаются апатия, нарушения сна, ухудшение работоспособности, снижение настроения, уменьшение круга общения. Однако на этом этапе психические нарушения чаще всего выявляются на так называемом субклиническом (инфраклиническом) уровне.</p>	
--	--	--	---	--

10		<p>Психозы позднего возраста. Психические изменения при опухолях мозга. Симптоматические психозы.</p>	<p>Психические заболевания позднего возраста делятся на две группы: инволюционные функциональные (обратимые) не ведущие к развитию слабоумия и органические психозы, возникающие на фоне деструктивного процесса в головном мозге и сопровождающиеся развитием грубых нарушений интеллекта.</p> <p>К инволюционным психозам относятся инволюционный паранойд и инволюционная меланхолия. Факторами предрасполагающим и к развитию этих психозов являются : своеобразный склад личности с чертами ригидности, тревожности, мнительности ,различные психотравмирующие ситуации, предшествующие соматические заболевания. У женщин психозы развиваются, как правило, после менопаузы (климактерия). Психические расстройства при опухолях головного мозга многообразны, это почти все описанные в психиатрии продуктивные и</p>	4
----	--	---	---	---

			<p>негативные синдромы. Психотическим расстройствам свойственны изменчивость, фрагментарность («мерцающая симптоматика»), но могут встречаться и затяжные психопатологические изменения.</p> <p>Определение психического статуса и его особенностей составляет неотъемлемую часть комплексного клинического обследования больных при подозрении на опухоль мозга; правильная оценка обнаруженных психических отклонений имеет большое практическое значение как для диагностики заболевания вообще, так и в ряде случаев для топического диагноза. В случаях «атипичных» психических расстройств в сочетании с неврологическими симптомами следует проводить дифференциальную диагностику с психическими нарушениями при опухолевом процессе.</p> <p>Симптоматические психозы — психотические состояния, возникающие во время соматических</p>
--	--	--	--

		<p>неинфекционных и инфекционных заболеваний в связи с ними.</p> <p>В настоящее время к истинным симптоматическим психозам обычно относят психозы при соматических инфекционных и инфекционных заболеваниях, а интоксикационные психозы выделяют в самостоятельную классификационную рубрику. Однако полная идентичность остро развивающихся интоксикационных психозов с помрачением сознания и затяжных эндоформных психозов (при инфекционных и соматических заболеваниях) делает возможным описание интоксикационных психозов в группе психозов симптоматических.</p>	
11	Психогении, реактивные психозы	<p>Психогения (психо — душа, относящийся к душе, гения- порождение, порождающий) — болезненное состояние в виде кратковременной реакции или длительного состояния (болезни), обязанного своим возникновением воздействию факторов, травмирующих психику (психотравма).</p>	2

			<p>По своим клиническим проявлениям психогении могут предстать в виде расстройств психической сферы как невротического уровня — неврозы (невротические и соматоформные расстройства), так и психотического уровня — реакции на стресс (реактивные психозы), а также в виде проявлений соматического страдания — психосоматические варианты соматических болезней.</p> <p>Под психотравмой понимают травмирующее психику эмоционально негативно окрашенное переживание по поводу какого-либо жизненного события (явления, ситуации), обладающего субъективной личностной значимостью (эмоциональная значимость).</p>	
12		Психопатии, акцентуации характера	<p>Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в</p>	2

			<p>течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде». Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их: выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.</p>	
13		Неврозы, невротические развития	<p>Самое существенное в неврастеническом симптомокомплексе это— раздражительная слабость, повышенная возбудимость и утомляемость, сопровождаемые понижением общего самочувствия и рядом неприятных ощущений во всем теле. Последние особенно часто локализуются в голове и выражаются в тяжести, чувстве напряжения и ощущении головокружения без переживания такового в собственном смысле. На фоне общего понижения самочувствия постоянно наблюдаются колебания настроения с приступами</p>	2

			<p>тоскливости и большой раздражительностью, которая обнаруживается по каждому незначительному поводу. В связи с общим беспокойством очень постоянное явление— расстройство сна. Понижение самочувствия с различными неприятными ощущениями иногда дает повод к развитию мнительности и опасениям за свое здоровье.</p>	
14		Шизофрения.	<p>Шизофрения — это психическое заболевание, которое имеет длительное течение и сопровождается рассогласованностью психических процессов, моторики и нарастающими изменениями личности. Шизофрения может развиваться медленно и незаметно для пациента. Первыми признаками шизофрении обычно становятся оторванность от общества, социальная самоизоляция, эмоциональная холодность, равнодушие к близким и своему внешнему виду, потеря интереса к вещам и событиям, увлекавшим</p>	2

			<p>пациента раньше. Возможны нарушения сна. У подростков первые признаки шизофрении можно спутать со свойственными этому возрасту проблемами. Ребенок может начать хуже учиться, потерять интерес к друзьям, стать подавленным или раздражительным, у него может нарушиться сон.</p>	
15		<p>Сосудистые, старческие, Аддиктивные расстройства</p>	<p>Острые сосудистые психозы проявляются главным образом синдромами экзогенного типа реакций. Развивающиеся синдромы измененного сознания (делириозные, аментивные, онейроидные, сумеречные и т. п.) бывают, однако, часто неполными (рудиментарными) и недостаточно четко очерченными; такие промежуточные типы психических расстройств обозначаются обычно как состояния спутанности. Депрессия в пожилом возрасте может проявляться исключительно физическими симптомами, к примеру, отсутствием аппетита, потерей</p>	2

			<p>веса, необъяснимыми болями, а также расстройствами пищеварительной системы. Другие симптомами могут быть бессилие, трудности концентрации внимания и невозможность переживать радость. Аддиктивные расстройства: одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций.</p>	
	ИТОГО часов:			40

4.2.3. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	Наименование практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	2	3	4	5
Семестр 9				
1	Раздел 1. Общая психопатология	Введение в психиатрию. Организация психиатрической помощи. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	Психиатрия - медицинская дисциплина, которая занимается распознаванием и лечением психических болезней. Распознавание означает не только диагностику, но и исследование этиологии, патогенеза, течения и исхода психических расстройств. Лечение, помимо собственно терапии включает в себя организацию психиатрической помощи, профилактику, реабилитацию и социальные аспекты психиатрии. Психические болезни (душевные болезни) (психические расстройства) - болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности. Эти расстройства могут быть продуктивными (бред, галлюцинации, депрессия, кататонические расстройства) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также проявляться общими изменениями личности. Задачи психиатрии: 1. Диагностика	4

			<p>психических расстройств.</p> <p>2. Изучение клиники, этиологии и патогенеза, течения и исхода психических заболеваний.</p> <p>3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.</p> <p>4. Разработка методов лечения психической патологии.</p> <p>5. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.</p> <p>6. Разработка методов профилактики психических расстройств.</p> <p>7. Разработка структуры организации психиатрической помощи населению.</p> <p>Законодательной базой психиатрической помощи является Закон РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».</p> <p>Закон принят в июне 1999 года. Состоит из 7 глав и 52 статей. Он определяет правовые основы государственного регулирования оказания психиатрической помощи, гарантий и прав граждан при ее оказании и порядок защиты их прав.</p> <p>Основные положения закона оговаривают порядок проведения психиатрического</p>	
--	--	--	---	--

			освидетельствования , госпитализацию больных в психиатрический стационар и вопросы, связанные с сохранением информации о психическом состоянии граждан.	
2		Ощущения, их расстройства	<p>Парестезии – появление неприятных ощущений с поверхностных частей тела при отсутствии реальных раздражителей. Это могут быть жалобы на жжение, покалывание, переживание прохождения электрического тока через отдельные участки кожи, чувство отморожения кончиков пальцев и др. Локализация парестезий непостоянна, изменчива, разной интенсивности и продолжительности.</p> <p>Сенестопатии - неприятно переживаемые ощущения разной интенсивности и длительности со стороны внутренних органов при отсутствии установленной соматической патологии. Они, как и парестезии, трудно вербализуемы больными, и при их описании последние чаще всего используют сравнения. Например: как будто шевелится кишечник, воздух продувает мозг, печень увеличилась в размерах</p>	4

		<p>и давит на мочевой пузырь и др.</p> <p>Чаще всего патология ощущений встречается при астенических расстройствах различной этиологии, но могут наблюдаться и при психотических вариантах заболеваний. Длительно существующие парестезии или сенестопатии могут быть основанием для формирования ипохондрического бреда, бреда воздействия.</p>	
3	Расстройства восприятия.	<p>Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: агнозиями, иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами.</p> <p>Агнозии – неузнавание предмета, неспособность больного объяснить значение и название воспринимаемого предмета. Зрительные, слуховые и другие агнозии подобно рассматриваются и изучаются в курсе нервных болезней. В психиатрии отдельный интерес представляют анозогнозии (неузнавание своей болезни) встречающиеся при многих психических и соматических заболеваниях (истерических расстройствах, алкоголизме, опухолях,</p>	6

			<p>туберкулезе и др.) и носящие разный патогенетический характер.</p> <p>Иллюзии – такое нарушение восприятия, при котором реально существующий предмет воспринимается как совершенно иной (например, блестящий предмет на дороге похожий на монету при ближайшем рассмотрении оказывается кусочком стекла, висящий в темном углу халат – за фигуру притаившегося человека).</p> <p>Галлюцинациями называется такое нарушение восприятия, при котором воспринимается несуществующий в данное время и в данном месте предмет или явление при полном отсутствии критического отношения к ним..</p> <p>Галлюцинирующие пациенты воспринимают их как действительно существующее, а не воображаемое нечто. Поэтому всякие разумные доводы собеседника о том, что переживаемые ими ощущения есть только проявления болезни отрицаются и могут вызвать только раздражение пациента.</p>	
4		<p>Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.</p>	<p>Амнезия – утрата способности сохранять и воспроизводить ранее усвоенную информацию, а в некоторых случаях и невозможность</p>	6

			<p>фиксировать ее. При органических поражениях мозга она может распространяться на продолжительные промежутки времени, в то время как, например, при истерии носит фрагментарный характер и связана с выпадением из памяти эмоционально негативных эпизодов.</p> <p>Конградная амнезия представляет собой амнезию на период состояния нарушенного сознания, чаще всего исключения. Она объясняется не столько расстройством функции памяти, сколько невозможностью восприятия информации, запечатления ее, например, во время комы или сопора.</p> <p>Также выделяют ретроградную амнезию – утрату воспоминаний о событиях, предшествовавших возникновению заболевания или состояния, сопровождавшегося нарушением сознания (например, состояния сопора при менингите или черепно-мозговой травме).</p> <p>При антероградной амнезии из памяти больного выпадает отрезок времени после завершения острого или острейшего проявления болезненного состояния, например, судорожного припадка,</p>	
--	--	--	---	--

			<p> мозговой травмы, и восстановления ясности сознания. При этом больные правильно ориентируются в окружающем, доступны контакту, правильно отвечают на вопросы, однако позднее оказываются не в состоянии воспроизвести эти события. Нередко имеет место сочетание ретро- и антероградной амнезии, в этих случаях говорят о смешанной, ретроантероградной амнезии. </p> <p> Приобретенное слабоумие, или деменцию, в зависимости от клинических особенностей подразделяют на виды, а также по характеру заболевания, в результате которого оно возникло, или же по его психопатологической структуре. Так, например, при церебральном атеросклерозе или гипертонической болезни оно может быть парциальным, а при травматическом поражении мозга или первично атрофических процессах оно может быть тотальным. </p> <p> Признаками деменции являются утрата накопленных знаний, снижение продуктивности психической деятельности, изменения личности, </p>	
--	--	--	---	--

			<p>достигающие иногда степени, при которой больные становятся не способными к самообслуживанию, удовлетворению своих первичных потребностей. По клиническим проявлениям выделяют лакунарное и тотальное слабоумие.</p>	
5		<p>Расстройства эмоций, воли, сознания</p>	<p>В психологии эмоциями (от лат. <i>emotio</i> – потрясаю, волну) называют процессы, отражающие в форме переживания личную значимость (субъективное переживание) и оценку внешних и внутренних ситуаций для жизнедеятельности человека. Эмоции выражают состояние субъекта и его отношение к объекту.</p> <p>Решающей чертой эмоционального состояния является его интегральность, его исключительность по отношению к другим состояниям и другим реакциям. Эмоции охватывают весь организм, они придают состоянию человека определенный тип переживаний. Произведя почти моментальную интеграцию всех функций организма, эмоции, сами по себе, могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто даже раньше, чем определены</p>	6

			локализации воздействия и конкретный механизм ответной реакции организма.	
6		Терапия, неотложная помощь в психиатрии	Неотложные состояния, требующие неотложных мер, в психиатрии и наркологии не являются редкостью. Часть таких состояний бывает обусловлена остротой психоза и дезорганизацией поведения больного (острый приступ шизофрении, возбуждение при помрачении сознания, ажитированная депрессия), — некоторые серьезными нарушением основных систем жизнеобеспечения в результате острого органического поражения (острая энцефалопатия, фебрильная шизофрения, эпилептический статус). Частой причиной неотложных состояний в психиатрии и наркологии бывают суициды случайная или намеренная передозировка лекарственных средств, а также остро возникшие осложнения психофармакотерапии.	4
8	Раздел 2. Частная психопатология	Эпилепсия.	Эпилепсия – хроническое нервно- психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте,	2

			<p>характеризующееся полиморфной клинической картиной, главными элементами которой являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - повторные, непровоцируемые эпилептические припадки; - транзиторные (преходящие) психические расстройства; - хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции. 	
9		<p>Психические изменения при травмах мозга. Психические изменения при церебральном сифилисе и СПИДе.</p>	<p>равматические повреждения головного мозга — одна из частых причин психических нарушений у детей. Чаще они наблюдаются у мальчиков школьного возраста. Ранние черепно-мозговые травмы нередко способствуют возникновению различных форм психического недоразвития. Психические нарушения при СПИДе настолько разнообразны, что практически включают в себя все разновидности психопатологии, начиная от невротических реакций и кончая тяжелыми органическими поражениями головного мозга. Психические расстройства возникают как у заболевших СПИДом, так и у серопозитивных</p>	4

			<p>носителей вируса, что является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания.</p> <p>Лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так называемую серую зону, являющуюся первой группой риска. Лица без признаков заболевания и без наличия серопозитивной реакции на СПИД, но с особым стилем жизни (гомосексуалисты, наркоманы, бисексуалы, лица, занимающиеся проституцией) относятся к так называемой группе беспокойства. Это вторая группа риска.</p>	
--	--	--	---	--

10		<p>Психозы позднего возраста. Психические изменения при опухолях мозга. Симптоматические психозы.</p>	<p>Инволюционный параноид — психоз, который впервые возникает в возрасте инволюции и характеризуется развитием бредовых идей малого размаха или обыденных отношений. Клиническая картина психоза представлена стойкими бредовыми идеями на фоне тревожно-подавленного настроения. Содержание бреда связано с конкретными событиями жизни больного. Обычно это бредовая интерпретация отношений с соседями, родственниками, которые по мнению больного имеют имущественные притязания к нему. Больные подозревают, а иногда уверены, что преследователи проникают “под ключ” в их комнату или квартиру, портят и крадут вещи, роются в шкафах, подсыпают яд в пищу и тому подобное. Претензии больных выглядят достаточно правдоподобно, тем более, что в бредовых идеях обычно звучат давние конфликты и особенности взаимоотношений с “преследователями” Это “правдоподобие” бредовых идей находит сочувствие у нейтральных лиц, которые стараются помочь больному, например, вместе с ним</p>	4
----	--	---	---	---

			<p>обращаются в милицию. Поведение больных внешне относительно упорядоченное. Этиология и патогенез. Опухолевый процесс повреждает головной мозг и вызывает сопутствующие психические расстройства. Факторы, обуславливающие наличие, выраженность и характер психических нарушений, многочисленны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гистологическая природа опухоли мозга — психические расстройства встречаются значительно чаще при глиомах, чем при менингиомах; 2) различия в темпе и, возможно, в виде опухолевого роста; 3) локализация. <p>Классификация симптоматических психозов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острые симптоматические психозы с помрачением сознания (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные и онирические состояния, острый вербальный галлюциноз); 2) протрагированные или промежуточные симптоматические психозы — переходные синдромы по Вику (депрессии, депрессии с бредом, галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический 	
--	--	--	---	--

			<p>ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный корсаковский психоз и конфабулез);</p> <p>3) органический психосиндром — следствие длительного воздействия той или иной вредности на мозг.</p> <p>В большинстве случаев острые симптоматические психозы проходят бесследно. После соматических заболеваний с картиной протрагированных психозов возможны органические изменения психики.</p>	
11		<p>Психогении, реактивные психозы</p>	<p>Выделяют острые и хронические психотравмы. Под острой психотравмой понимают внезапно возникающую, однократно (ограниченное время) воздействующую психотравму значительной интенсивности. Их разделяют на: шоковые, угнетающие и тревожащие. На их основе, как правило, возникают реактивные состояния и психозы (острые реакции на</p>	4

			<p>стресс).</p> <p>Под хронической психотравмой понимают психотраму меньшей интенсивности, но существующей продолжительное время. Они, как правило, приводят к развитию неврозов (невротических и соматоформных расстройств).</p> <p>Также выделяют психотравмы общечеловеческой значимости (угроза жизни) и индивидуально-значимые (профессиональные, семейные и интимно-личностные).</p>	
12		Психопатии, акцентуации характера	<p>Если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то психопатия – это патология характера. По П. Б. Ганнушкину, "психопатии – это аномалии характера, которые определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде".</p>	4
13		Неврозы, невротические развития	<p>Неврозы – это группа проходящих психических заболеваний с тенденцией к затяжному течению, клиника которых определяется астеническими, навязчивыми,</p>	4

			истерическими расстройствами, а также временным снижением умственной и физической работоспособности. Психическими факторами во всех случаях являются: внешний / внутренний конфликт длительное / массивное перенапряжение интеллектуальная / эмоциональная сфера психики Понятие «невроз» введено врачом Кулленом в 1876 г. По нему невроз – нервное расстройство не сопровождающаяся лихорадкой, не связана с местными поражениями одного из органов, обусловленное общим страданием, от которого зависят движения и мысли.	
14		Шизофрения.	Шизофрения – психическое заболевание, характеризующееся дезинтеграцией процессов мышления и изменениями эмоциональной сферы. На сегодняшний день шизофрения является более распространенным заболеванием, чем другие психические расстройства. Ей страдает более 40 миллиона человек. Наибольшее количество заболевших приходится на жителей крупных городов. Сельские люди болеют шизофренией гораздо реже. Основной период заболеваемости	4

			<p>относится к возрастной группе 15-30 лет. Больной шизофренией не отличает реальность от своих фантазий. Этот человек живет в собственном, придуманном мире. Заболевание затрагивает все сферы жизни, и, как правило, больной существенно отличается от окружающих.</p>	
15		<p>Сосудистые, старческие, Аддиктивные расстройства</p>	<p>К начальным психическим проявлениям церебрального сосудистого заболевания относятся следующие состояния: псевдоневрастенические состояния с характерными жалобами на головные боли, шум в голове, головокружение, парестезии лица, расстройства сна, повышенную утомляемость, снижение работоспособности при сохранности известных компенсаторных возможностей, раздражительность, невыносимость к шуму и жаре, подавленное настроение, слезливость, забывчивость и др.; психопатоподобные состояния с преобладанием характерологических сдвигов в виде то заострения, то стирания ранее свойственных больному черт. Эти расстройства обнаруживают, как правило,</p>	4

			<p>определенную зависимость от возраста, в котором началось заболевание. В инволюционном периоде усиливаются прежде всего астенические компоненты личности — черты нерешительности, неуверенности в себе, тревожности. При манифестации заболевания в старческом возрасте личностные изменения могут иметь сенильноподобный оттенок: нарастают ригидность и эгоцентризм, черствость и отчужденность, скупость, неприязненное отношение к окружающим, равнодушие и эмоциональное огрубение.</p> <p>Социализация: Вместе с тем, объективно и субъективно плохая переносимость трудностей повседневной жизни, постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей скрытый «комплекс неполноценности».</p> <p>Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что неспособны «жить как люди». Однако, такой временно возникающий</p>	
--	--	--	---	--

			«комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, навеваемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Учитывая тот факт, что давление на таких людей со стороны социума оказывается достаточно интенсивным, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль «своего среди чужих».	
	Всего часов :			60

4.3. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СР	Всего часов
1	3	4	5	6
Семестр 9				
1	Раздел 1. Общая психопатология	1.1.	Самостоятельное изучение материала по теме: «Основные положения закона о психиатрической помощи»	3
		1.2.	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий «Шизофрения», «Эпилепсия»	2
		1.3	Подготовка к практическим занятиям и подготовка доклада по теме: «Терапия и неотложная помощь в психиатрии»	2
		1.4	Самостоятельное изучение материала по теме: «Деменция при болезни Альцгеймера»	3
		1.5	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий «Психические расстройства при Эпилепсии»	2
		1.6	Подготовка к практическим занятиям и подготовка доклада по теме: «Основные этапы и направления мировой и отечественной психиатрии»	2

		1.7	Самостоятельное изучение материала по теме: «Симптомы и синдромы психического заболевания. Общие принципы диагностики»	2
		1.8	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий «Организация психиатрической помощи»	2
		1.9	Подготовка к практическим занятиям и подготовка доклада по теме: «Расстройства восприятия»	2
2	Раздел 2. Частная психопатология	2.1	Самостоятельное изучение материала по теме: «Эмоционально-волевые нарушения»	3
		2.2	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий «Расстройства сознания»	2
		2.3	Подготовка к практическим занятиям и подготовка доклада по теме: «Сосудистые, старческие, инволюционные психозы»	2
		2.4	Самостоятельное изучение материала по теме: «Психические изменения при церебральном сифилисе»	2
		2.5	Выполнение домашнего задания по темам практических занятий «Психогении, реактивные психозы. Психопатии, акцентуации характера. Неврозы, невротическое развитие личности»	4
		2.6	Подготовка к практическим занятиям и подготовка доклада по теме: «Наркология, цели и задачи. Основные понятия»	4
		2.7	Самостоятельное изучение материала по теме: «Формы наркоманий и токсикоманий»	3
Всего часов :				40

5. ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

5.1. Методические указания для подготовки к лекционным занятиям

Лекция – беседа, или «диалог с аудиторией», представляет собой непосредственный контакт преподавателя с аудиторией. Ее преимущество состоит в том, что она позволяет привлекать внимание слушателей к наиболее важным вопросам темы, определять содержание и темп изложения учебного материала с учетом особенностей аудитории.

На клинических занятиях обучающиеся должны освоить методы исследования органа зрения, с одновременным углубленным повторением анатомии и физиологии органа зрения в клиническом освещении. Время на повторение анатомических и физиологических сведений должно отводиться с учетом остаточных знаний обучающихся, полученных на предыдущих кафедрах.

При изучении заболеваний органа зрения следует использовать курацию больных с оформлением истории болезни. Необходимо уделить внимание вопросам экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности в связи с офтальмологическими заболеваниями и травмами (инструкции о порядке выдачи листков временной нетрудоспособности и

положение о работе КСЭЖ). Для интенсификации и индивидуализации обучения необходимо шире использовать контролирующие и обучающие компьютерные программы.

5.2. Методические указания для подготовки к практическим занятиям

Подготовка к практическим занятиям включает в себя: подбор и изучение рекомендованной литературы, изучение лекционного материала, составление плана по изучаемому материалу.

5.3. Методические указания по самостоятельной работе

Содержание внеаудиторной самостоятельной работы по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология» включает в себя различные виды деятельности:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);
- составление плана текста;
- работа со словарями и справочниками;
- использование аудио- и видеозаписи;
- работа с электронными информационными ресурсами;
- выполнение тестовых заданий;
- ответы на контрольные вопросы;
- аннотирование, реферирование, рецензирование текста;
- решение ситуационных задач

6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

№ п/п	№ семестра	Виды работы	Образовательные технологии	Всего часов
1	2	3	4	
1	9	Лекция: Расстройства восприятия.	<i>Использование лекционного материала слайд-шоу</i>	2
2	9	Лекция: Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.	<i>Использование лекционного материала слайд-шоу</i>	4
3	9	Практические занятия: Неврозы, невротические развития	<i>Использование лекционного материала слайд-шоу</i>	4
4	9	Практические занятия: Шизофрения.	<i>Разбор больных по теме занятия, ситуационные занятия, курация больных</i>	4

7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №405/13 от 20.02.2013г. Подключение с 01.09.2013г. по 01.03.2014г.
2. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №705/14 от 07.04.2014г. Подключение с 01.03.2014г. по 01.03.2015г.
3. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №1066/15 от 26.02.2015г. Подключение с 01.03.2015г. по 01.07.2016г.
4. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №1801/16 от 01.07.2016г. Подключение с 01.07.2016г. по 01.07.2017г.
5. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №2947/17 от 01.07.2017г. Подключение с 01.07.2017г. по 01.07.2018
6. Электронно-библиотечная система ООО «Ай Пи Эр Медиа». Доступ к ЭБС IPRbooks Договор №4213/18 от 01.07.2018г. Подключение с 01.07.2018г. по 01.07.2019

7.3. Информационные технологии

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа.

Лицензионное программное обеспечение:

ОС Windows 7 Professional-Подписка

Microsoft Imagine Premium. Идентификатор подписчика: 1203743421 Статус: активно до 01.07.2020 г.

MS Office 2007

(61743639 от 02.04.2013. Статус: лицензия бессрочная)

Свободное программное обеспечение:

WinDjView, 7-Zip

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Лицензионное программное обеспечение:

ОС Windows 7 Professional-Подписка

Microsoft Imagine Premium. Идентификатор подписчика: 1203743421 Статус: активно до 01.07.2020 г.

MS Office 2007

(61743639 от 02.04.2013. Статус: лицензия бессрочная)

Свободное программное обеспечение:

WinDjView, 7-Zip

4. Помещение для самостоятельной работы.

Лицензионное программное обеспечение:

ОС MS Windows 7 Professional (Open License: 61031505 от 16.10.2012г. Статус: лицензия бессрочная)

MS Office 2010 (Open License: 61743639 от 02.04.2013 г. Статус: лицензия бессрочная);
Dr.Web Enterprise Security Suite(Антивирус) от 24.09.2018г. с/н: WH6Q-K21J-Q65V-1EL6.
Статус: активно до 26.09.2019 г.;

Лицензионное программное обеспечение:

ОС MS Windows Server 2008 R2 Standart (Open License: 64563149 от 24.12.2014г.);

ОС MS Windows 7 Professional (

Open License: 61031505 от 16.10.2012.

Статус: лицензия бессрочная)

ОС MS Windows XP Professional (Open License: 63143487 от 26.02.2014.

Статус: лицензия бессрочная)

MS Office 2010 (Open License: 61743639 от 02.04.2013 г. Статус: лицензия бессрочная);

Dr.Web Enterprise Security Suite(Антивирус) от 24.09.2018г. с/н: WH6Q-K21J-Q65V-1EL6.

Статус: активно до 26.09.2019 г.;

Лицензионное программное обеспечение:

ОС MS Windows Server 2008 R2 Standart (Open License: 64563149 от 24.12.2014г.);

MS Office 2010 (Open License: 61743639 от 02.04.2013 г.. Статус: лицензия бессрочная);

Dr.Web Enterprise Security Suite(Антивирус) от 24.09.2018г. с/н: WH6Q-K21J-Q65V-1EL6.

Статус: активно до 26.09.2019 г.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа.

Специализированная мебель:

Кафедра, доска меловая, парты, стулья;

Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации:

Проектор

Экран

Ноутбук

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнение курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Специализированная мебель:

доска меловая,

Кафедра настольная, парты, стулья.

Технические средства обучения, служащие для предоставления учебной информации большой аудитории:

Переносной экран рулонный WH 80.

Ноутбук HP 15,6.

Мультимедиа – проектор Epson Y5X 400.

3. Помещение для самостоятельной работы.

Специализированная мебель: стол, парты, компьютерные столы, стулья, доска меловая.

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «СевКавГГТА». Мультимедийная система: системные блоки, мониторы, экран рулонный настенный, проектор.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером.

2. рабочие места обучающихся, оснащенные компьютером.

8.3. Требования к специализированному оборудованию

Нет

9. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обеспечения образования инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается (в случае необходимости) адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в частности применяется индивидуальный подход к освоению дисциплины, индивидуальные задания: рефераты, письменные работы и, наоборот, только устные ответы и диалоги, индивидуальные консультации, использование диктофона и других записывающих средств для воспроизведения лекционного и семинарского материала.

В целях обеспечения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья комплектуется фонд основной учебной литературой, адаптированной к ограничению электронных образовательных ресурсов, доступ к которым организован в БИЦ Академии. В библиотеке проводятся индивидуальные консультации для данной категории пользователей, оказывается помощь в регистрации и использовании сетевых и локальных электронных образовательных ресурсов, предоставляются места в читальном зале.

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Психиатрия, медицинская психология

(наименование дисциплины)

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия
ПК-6	Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
ПК-7	Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом дисциплины в образовательной программе.

Разделы (темы) дисциплины	Формируемые компетенции (коды)		
	ОК-8	ПК-6	ПК-7
Раздел 1. Общая психопатология	+	+	+
Раздел 2. Частная психопатология	+	+	+

3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплин

ОК-8 Готовность работы в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
<p>Знать: основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами так и с медицинским персоналом и коллегами по работе. Шифр: 3 (ОК -8) - 4</p>	<p>Не знает основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами так и с медицинским персоналом и коллегами по работе.</p>	<p>Частично знает основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами так и с медицинским персоналом и коллегами по работе.</p>	<p>Знает основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами так и с медицинским персоналом и коллегами по работе, но не полностью использует на практике.</p>	<p>В полном объеме знает основы медицинской и врачебной этики и деонтологии при работе как с пациентами так и с медицинским персоналом и коллегами по работе.</p>	<p>контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания</p>	<p>Экзамен</p>

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
Уметь: использовать этические нормы в работе врача, корректно общаться с больными и персоналом Шифр: У (ОК -8) - 4	Не умеет использовать этические нормы в работе врача, корректно общаться с больными и персоналом	Частично умеет использовать этические нормы в работе врача, корректно общаться с больными и персоналом	Умеет использовать этические нормы в работе врача, корректно общаться с больными и персоналом	Полностью умеет использовать этические нормы в работе врача, корректно общаться с больными и персоналом	контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания	Экзамен
Владеть: приемами и технологиями формирования целей саморазвития и их самореализации, критической оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач и использованию творческого потенциала Шифр: В (ОК -8) - 4	Не владеет приемами и технологиями формирования целей саморазвития и их самореализации, критической оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач и использованию творческого потенциала	Слабо владеет приемами и технологиями формирования целей саморазвития и их самореализации, критической оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач и использованию творческого потенциала	Владеет приемами и технологиями формирования целей саморазвития и их самореализации, критической оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач и использованию творческого потенциала	Успешно владеет приемами и технологиями формирования целей саморазвития и их самореализации, критической оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач и использованию творческого потенциала		

ПК-6 Готовность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
Знать: нозологические формы заболеваний в соответствии с МКБ, теоретические основы постановки диагноза. Шифр: З (ПК -6) - 2	Не знает нозологические формы заболеваний в соответствии с МКБ, теоретические основы постановки диагноза	Допускает существенные ошибки нозологические формы заболеваний в соответствии с МКБ, теоретические основы постановки диагноза	Знает нозологические формы заболеваний в соответствии с МКБ, теоретические основы постановки диагноза	В полном объеме знает нозологические формы заболеваний в соответствии с МКБ, теоретические основы постановки диагноза	контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания	Экзамен
Уметь: определять нозологическую форму заболеваний на примере клинического случая. Шифр: У (ПК -6) - 2	Не умеет определять нозологическую форму заболеваний на примере клинического случая.	Частично умеет определять нозологическую форму заболеваний на примере клинического случая.	Умеет определять нозологическую форму заболеваний на примере клинического случая.	Полностью умеет определять нозологическую форму заболеваний на примере клинического случая.		

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
Владеть: основными методами диагностики и постановки диагноза Шифр: В (ПК -6) - 2	Не владеет основными методами диагностики и постановки диагноза	Частично владеет основными методами диагностики и постановки диагноза	Не в полном объеме владеет основными методами диагностики и постановки диагноза	Полностью владеет основными методами диагностики и постановки диагноза	контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания	Экзамен

ПК-7 Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетв	удовлетв	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
Знать: теоретические основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека. Шифр: З (ПК -7) - 1	Не знает теоретические основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека.	Частично знает теоретические основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека.	Не в полном объеме знает теоретические основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека.	Знает теоретические основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека.	контрольные вопросы, рефераты, ситуационные задачи, тестовые задания	Экзамен
Уметь: заполнять листок временной нетрудоспособности Шифр: У (ПК -7) - 1	Не умеет заполнять листок временной нетрудоспособности	Частично умеет заполнять листок временной нетрудоспособности	Не полностью умеет заполнять листок временной нетрудоспособности	Умеет заполнять листок временной нетрудоспособности		
Владеть: техникой проведения медико-социальной экспертизы Шифр: В (ПК -7) - 1	Не владеет техникой проведения медико-социальной экспертизы	Частично владеет техникой проведения медико-социальной экспертизы	Не полностью владеет техникой проведения медико-социальной экспертизы	Владеет техникой проведения медико-социальной экспертизы		

Вопросы к экзамену

1. Иллюзии, галлюцинации, их классификация.
2. Пароксизмальные расстройства при эпилепсии.
3. Основные принципы диагностики психических заболеваний.
4. Общие сведения об этиологии и патогенезе психических заболеваний.
5. Основные подходы к классификации психических расстройств в МКБ-10.
6. Перечень основных диагностических рубрик МКБ-10.
7. Основные положения Закона РФ «О психиатрической службе и гарантиях прав граждан при ее оказании».
8. Бредовые идеи, их формы.
9. Количественные и качественные расстройства мышления.
10. Нарушения памяти.
11. Схизис и аутизм – основные симптомы шизофрении.
12. Синдромы выключения сознания.
13. Синдромы галлюцинозов.
14. Делирий и онейроид.
15. Галлюцинаторно-параноидальные синдромы.
16. Аменция и сумеречное расстройства сознания.
17. Синдром Кандинского – Клерамбо.
18. Эмоциональные нарушения при психических заболеваниях.
19. Приобретенное слабоумие-деменция.
20. Оформление документации при освидетельствовании и госпитализации.
21. Показания для госпитализации в психиатрический стационар.
22. Значение психиатрических знаний в общем образовании врача.
23. Психопатии.
24. Купирование психомоторного возбуждения.
25. Купирование дискинезий в процессе лечения психофармакотерапии.
26. Формы шизофрении.
27. Шизофрения в МКБ-10.
28. Основные симптомы шизофрении.
29. Гипертоксическая шизофрения.
30. Истерические психозы.
31. Психические изменения при СПИДе.
32. Психические изменения при церебральном сифилисе.
33. Психические изменения в остром периоде травмы мозга.
34. Отдаленные последствия травмы мозга.
35. Ларвированная депрессия.
36. Психические изменения при лобных опухолях.
37. Реактивные психозы.
38. Психические изменения при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни
39. Старческие психозы.

40. Болезнь Альцгеймера и Пика.
41. Олигофрении.
42. Инволюционные психозы.
43. Купирование эпилептического статуса.
44. Применение солей лития при психических заболеваниях.
45. Купирование маниакального и кататонического возбуждения.
46. Основные принципы лечения больных эпилепсией.
47. Злокачественный нейролептический синдром.
48. Электросудорожная терапия.
49. Клиника алкоголизма (принципы диагностики)
50. Алкогольный синдром плода
51. Основные принципы и методы лечения алкоголизма
52. Алкогольный абстинентный синдром. Методы его купирования
53. Подростковый и женский алкоголизм
54. Алкогольный наркоманический синдром
55. Алкогольные психозы
56. Изменения личности при алкоголизме
57. Особенности алкоголизма у народностей Крайнего Севера
58. Стадии алкоголизма
59. Этиология и патогенез алкоголизма
60. Лечение острых алкогольных психозов
61. Купирование «белой горячки»
62. Психотерапевтические методы в психиатрии и наркологии
63. Формы наркоманий
64. Понятие наркомания и токсикомания, критерии наркотика
65. Опиная наркомания
66. Гашишная наркомания
67. Наркомания от психостимуляторов, галлюциногенов.

Критерии оценки промежуточной аттестации в форме экзамена:

- оценка **«отлично»** выставляется если: обучающийся глубоко и прочно освоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно, логично и стройно его излагает. В ответе тесно увязывает теорию с практикой, свободно читает результаты анализов и другие исследования, решает ситуационные задачи повышенной сложности. Хорошо знаком с основной литературой и методами исследования больного в объеме, необходимом для практической деятельности врача, увязывает теоретические аспекты предмета с задачами практического здравоохранения, знает вклад отечественных ученых в развитие данной области медицинских знаний, приоритет этих ученых, владеет знаниями основных принципов медицинской деонтологии.

- оценка **«хорошо»** выставляется если: обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и, по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Умеет решать легкие и средней тяжести ситуационные задачи, владеет методами оценки и проведения лабораторных и клинических исследований в объеме, превышающем обязательный минимум, способен на базе конкретного содержания ответов показать достаточное мышление, оценить достижения современной медицины.

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется если: обучающийся знает только основной

материал, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушение последовательности в изложении программного материала. Студент способен решать лишь наиболее легкие задачи, владеет только обязательным минимумом методов исследования, слабо знает основные принципы деонтологии.

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется если: обучающийся не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практическую часть контроля знаний.

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

Кафедра _____ Пропедевтика внутренних болезней

2018-2019 учебный год

БИЛЕТ № 1

по дисциплине Психиатрия, медицинская психология

1. Иллюзии, галлюцинации, их классификация.
2. Психопатии.
3. Купирование маниакального и кататонического возбуждения.

Зав. кафедрой

Котелевец С.М.

Вопросы для коллоквиумов

по дисциплине Психиатрия, медицинская психология

1. Психопатии.
2. Купирование психомоторного возбуждения.
3. Купирование дискинезий в процессе лечения психофармакотерапии.
4. Формы шизофрении.
5. Шизофрения в МКБ-10.
6. Основные симптомы шизофрении.
7. Гипертоксическая шизофрения.
8. Истерические психозы.
9. Психические изменения при СПИДе.
10. Психические изменения при церебральном сифилисе.
11. Психические изменения в остром периоде травмы мозга.
12. Отдаленные последствия травмы мозга.
13. Ларвированная депрессия.
14. Психические изменения при лобных опухолях.
15. Реактивные психозы.
16. Формы наркоманий
17. Понятие наркомания и токсикомания, критерии наркотика
18. Опиная наркомания
19. Гашишная наркомания
20. Наркомания от психостимуляторов, галлюциногенов.
21. Бредовые идеи, их формы.
22. Количественные и качественные расстройства мышления.
23. Нарушения памяти.
24. Схизис и аутизм – основные симптомы шизофрении.
25. Синдромы выключения сознания.
26. Синдромы галлюцинозов.
27. Делирий и онейроид.

Критерии оценки:

- оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся, если в полном объеме раскрывает тему;
- оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся, если допускает не существенные ошибки при раскрытии темы;
- оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если допускает существенные ошибки при раскрытии темы;
- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если не может раскрыть тему.

Комплект заданий для контрольной работы

по дисциплине Психиатрия, медицинская психология

Тема: Шизофрения

Вариант 1

Задание 1 Формы шизофрении.

Задание 2 Основные симптомы шизофрении

Вариант 2

Задание 1 Шизофрения в МКБ-10.

Задание 2 Гипертоксическая шизофрения.

Тема: Общая психопатология

Вариант 1

Задание 1 Основные положения Закона РФ «О психиатрической службе и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Задание 2 Основные подходы к классификации психических расстройств в МКБ-10.

Вариант 2

Задание 1 Основные принципы диагностики психических заболеваний.

Задание 2 Общие сведения об этиологии и патогенезе психических заболеваний.

Тема: Психозы

Вариант 1

Задание 1 Реактивные психозы.

Задание 2 Старческие психозы.

Вариант 2

Задание 1 Истерические психозы.

Задание 2. Инволюционные психозы.

Критерии оценки:

- оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, если он знает теоретический курс дисциплины и может изложить суть вопросов по варианту контрольной работы в полном объеме;

- оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, если он не знает теоретический курс дисциплины и не может изложить суть вопросов по варианту контрольной работы.

Темы рефератов

по дисциплине Психиатрия, медицинская психология

1. Галлюцинаторно-параноидальные синдромы.
2. Амения и сумеречное расстройства сознания.
3. Синдром Кандинского – Клерамбо.
4. Эмоциональные нарушения при психических заболеваниях.
5. Приобретенное слабоумие-деменция.
6. Реактивные психозы.
7. Психические изменения при церебральном атеросклерозе и гипертонической болезни
8. Старческие психозы.
9. Болезнь Альцгеймера и Пика.
10. Олигофрении.
11. Инволюционные психозы.
12. Купирование эпилептического статуса.
13. Гипертоксическая шизофрения.
14. Истерические психозы.

Критерии оценки:

- оценка **«отлично»** выставляется, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена рассматриваемая проблема и изложен современный взгляд на проблему (новые методы диагностики и лечения), сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.
- оценка **«хорошо»** выставляется, если основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; не в полной мере изложен современный взгляд на проблему (новые методы диагностики и лечения); не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы
- оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод
- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Тесты

по дисциплине Психиатрия, медицинская психология

Выберите один правильный ответ.

1. ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РФ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) добровольно
- 2) по просьбе родственников больного
- 3) по требованию органов правопорядка
- 4) по решению суда
- 5) по требованию органов опеки и попечительства

2. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ И ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВЗРОСЛОГО БОЛЬНОГО В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

- 1) невозможны
- 2) разрешены при наличии согласия ближайших родственников
- 3) допустимы при согласии органов опеки и попечительства
- 4) допустимы при наличии социальной опасности больного
- 5) разрешены по требованию органов правопорядка

3. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

- 1) при наличии сопутствующей соматической патологии
- 2) по заявлению родственников
- 3) в случае беспомощности больного, невозможности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- 4) по заявлению органов правопорядка
- 5) в случае, если больной является инвалидом по психическому заболеванию

4. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

- 1) при его непосредственной опасности для себя или окружающих
- 2) по заявлению соседей
- 3) по заявлению органов правопорядка
- 4) при его недееспособности
- 5) при наличии инвалидности по психическому заболеванию

5. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ

- 1) при совершении им общественно опасного деяния
- 2) при невменяемости больного
- 3) при наличии тяжелой соматической патологии
- 4) в случае, если без психиатрической помощи будет нанесен существенный вред здоровью больного вследствие ухудшения его психического состояния
- 5) при отказе от добровольного лечения

6. ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ К НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОСМОТРЕН КОМИССИЕЙ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 2 часов
- 2) 12 часов
- 3) 24 часов
- 4) 48 часов
- 5) 72 часов

7. РАЗРЕШЕНИЕ НА НЕДОБРОВОЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДАЕТ

- 1) лечащий врач
- 2) главный врач больницы
- 3) представитель местной исполнительной власти
- 4) прокурор
- 5) суд

8. ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) годность к военной службе
- 2) наличие инвалидности
- 3) наличие невменяемости
- 4) наличие недееспособности
- 5) показания к недобровольной госпитализации

9. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА

- 1) о признании недействительной сделки, совершенной недееспособным лицом
- 2) о признании брака недействительным
- 3) о назначении опеки над недееспособным лицом
- 4) о вменяемости и невменяемости лиц в момент совершения деликта
- 5) о лишении родительских прав

10. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА

- 1) о гражданской недееспособности лиц и назначении над ними опеки
- 2) об ответственности лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения
- 3) об освобождении от наказания в связи с болезнью
- 4) о назначении принудительных мер медицинского характера
- 5) об ответственности лиц, совершивших преступление в связи с болезненным психическим состоянием

11. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРОВОДИТСЯ

- 1) по постановлению следователя, прокурора и суда
- 2) по заявлению органов правопорядка
- 3) по решению психиатра
- 4) по заявлению потерпевшего
- 5) по решению органов опеки и попечительства

12. НЕВМЕНЯЕМОСТЬ – ЭТО

- 1) состояние, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие болезненного состояния психики
- 2) наличие хронического психического заболевания
- 3) наличие слабоумия
- 4) неспособность отвечать за свои поступки
- 5) состояние опьянения, при котором человек не может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)

13. ПОНЯТИЕ «НЕВМЕНЯЕМОСТЬ» ВКЛЮЧАЕТ КРИТЕРИИ

- 1) медицинский и юридический
- 2) медицинский и психологический
- 3) юридический и психологический
- 4) психиатрический и юридический
- 5) медицинский и социальный

14. ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ НЕВМЕНЯЕМОСТИ

- 1) неспособность удовлетворять основные жизненные потребности
- 2) неспособность анализировать свои поступки
- 3) неспособность использовать свои права и свободы, выполнять свои гражданские обязанности
- 4) неспособность нести ответственность за свои поступки
- 5) неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими

15. ДЕЕСПОСОБНОСТЬ – ЭТО

- 1) способность анализировать свои поступки
- 2) способность удовлетворять основные жизненные потребности
- 3) способность использовать свои права и свободы, выполнять свои гражданские обязанности
- 4) способность нести ответственность за свои поступки
- 5) способность отдавать отчет о своих действиях и руководить ими

16. НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ – ЭТО

- 1) неспособность отдавать отчет о своих действиях и руководить ими
- 2) неспособность удовлетворять основные жизненные потребности
- 3) неспособность анализировать свои поступки
- 4) неспособность нести ответственность за свои поступки
- 5) неспособность использовать свои права и свободы, выполнять свои гражданские обязанности

17. ЛИЦО, СТРАДАЮЩЕЕ ХРОНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И СОВЕРШИВШЕЕ УГОЛОВНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ПРИЗНАЕТСЯ СУДОМ

- 1) вменяемым во всех случаях
- 2) вменяемым в случае совершения особо опасного преступления
- 3) невменяемым во всех случаях
- 4) ограниченно вменяемым
- 5) временно невменяемым до улучшения состояния

18. ЛИЦО, ПРИЗНАННОЕ НЕВМНЯЕМЫМ В ОТНОШЕНИИ СОВЕРШЕННОГО ИМ ДЕЯНИЯ

- 1) не подлежит привлечению к ответственности
- 2) проходит наказание в специализированном учреждении
- 3) имеет право на сокращение сроков наказания
- 4) привлекается к ответственности по общим правилам
- 5) имеет право на отсроченное наказание

19. ЛИЦО, НАХОДЯЩЕЕСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ В ПНД, СЧИТАЕТСЯ

- 1) недееспособным
- 2) дееспособным, пока обратного не установил суд
- 3) ограниченно дееспособным
- 4) дееспособным при наличии критики к заболеванию
- 5) дееспособным при согласии пройти стационарное лечение

20. В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ УТРАТЕ СПОСОБНОСТИ ПОНИМАТЬ ЗНАЧЕНИЕ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЦО ПРИЗНАЕТСЯ

- 1) неправоеспособным
- 2) недееспособным
- 3) ограниченно дееспособным
- 4) невменяемым
- 5) ограниченно вменяемым

21. ПРИЧИНОЙ СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ СЧИТАЮТ

- 1) социальную опасность психически больных
- 2) хронический характер психических заболеваний
- 3) побочные эффекты психотропных препаратов
- 4) распространенные в обществе заблуждения и предубеждения
- 5) диспансерное наблюдение за больными

22. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА АНАЛИЗЕ

- 1) высказываний и поступков больного
- 2) данных лабораторного обследования
- 3) МРТ и других методов визуализации мозга
- 4) результатов неврологического и соматического состояния больного
- 5) сведений, полученных от родственников больного

23. ТОЧНЕЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ХАРАКТЕРЕ ПАЦИЕНТА МОЖНО СОСТАВИТЬ ПО ЕГО

- 1) телосложению
- 2) намерениям
- 3) убеждениям
- 4) поступкам
- 5) результатам анализов

24. ДИССИМУЛЯЦИЯ – ЭТО

- 1) намеренное приуменьшение тяжести болезни
- 2) невольное приуменьшение тяжести болезни
- 3) отрицание болезни
- 4) намеренное преувеличение тяжести болезни
- 5) невольное преувеличение тяжести болезни

25. ГИПОНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО

- 1) намеренное приуменьшение тяжести болезни
- 2) невольное приуменьшение тяжести болезни
- 3) отрицание болезни
- 4) намеренное преувеличение тяжести болезни
- 5) невольное преувеличение тяжести болезни

26. АНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО

- 1) намеренное приуменьшение тяжести болезни
- 2) невольное приуменьшение тяжести болезни
- 3) намеренное преувеличение тяжести болезни
- 4) невольное преувеличение тяжести болезни
- 5) отрицание болезни

27. ГИПЕРНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО

- 1) намеренное приуменьшение тяжести болезни
- 2) невольное приуменьшение тяжести болезни
- 3) намеренное преувеличение тяжести болезни
- 4) невольное преувеличение тяжести болезни
- 5) отрицание болезни

28. АГГРАВАЦИЯ – ЭТО

- 1) намеренное приуменьшение тяжести болезни

- 2) невольное приуменьшение тяжести болезни
- 3) намеренное преувеличение тяжести болезни
- 4) невольное преувеличение тяжести болезни
- 5) отрицание болезни

29. НАИБОЛЕЕ АДАПТИРОВАННЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ С

- 1) анозогнозией
- 2) диссимуляцией
- 3) аггравацией
- 4) гипернозогнозией
- 5) гипонозогнозией

30. ИСТЕРИЧЕСКИЕ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРОМ

- 1) симуляции
- 2) диссимуляции
- 3) аггравации
- 4) гипернозогнозии
- 5) манипуляции

31. ПРОВЕДЕНИЕ ЭЭГ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- 1) шизофрении
- 2) эпилепсии
- 3) мании
- 4) депрессии
- 5) алкоголизма

32. НА СНИЖЕНИЕ ПОРОГА СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ И ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ СИНДРОМАХ УКАЗЫВАЮТ

- 1) синхронизация ритма
- 2) десинхронизация ритма
- 3) эпилептиформные комплексы

4) асимметрия ритма

5) «уплощение»ЭЭГ

33. АНОМАЛИЯ – ЭТО

1) типичные, присущие большинству людей в данной популяции, формы поведения, мышления, эмоционального реагирования

2) способ поведения, позволяющий адаптироваться к условиям реальности

3) временное или постоянное отсутствие психологического благополучия, обусловленное неадаптивными формами поведения, мышления или эмоционального реагирования

4) патологический процесс, возникающий на фоне здоровья, имеющий характерную динамику и исход

5) не укладывающиеся в рамки типичного, редко встречающиеся формы поведения, влияющие на адаптацию человека

34. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

1) психогенного нарушения психики

2) эндогенного нарушения психики

3) любых психических нарушений

4) органического психического расстройства

5) экзогенно-органических заболеваний головного мозга

35. ПСИХОГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, СВЯЗАННЫЙ

1) с трудной жизненной ситуацией

2) с неблагоприятной наследственностью

3) с соматическим заболеванием

4) с травматическим поражением головного мозга

5) с атрофическим заболеванием головного мозга

36. СОМАТОГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, СВЯЗАННЫЙ

1) с хромосомной патологией

2) с соматическим заболеванием

- 3) с острой стрессовой ситуацией
- 4) с инфекционным заболеванием головного мозга
- 5) с неблагоприятной наследственностью

37. ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

- 1) инфекционным заболеванием или травматическим поражением головного мозга
- 2) эмоциональным стрессом
- 3) неблагоприятной наследственностью
- 4) наличием соматического заболевания
- 5) наличием хромосомной патологии

38. ЭНДОГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

- 1) сосудистым заболеванием головного мозга
- 2) эндокринной патологией
- 3) употреблением психоактивных веществ
- 4) психотравмирующей ситуацией
- 5) неблагоприятной наследственностью и реализовавшийся под влиянием внешнего воздействия

39. ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

- 1) передачей заболевания по наследству
- 2) неблагоприятной наследственностью
- 3) инфекционным заболеванием головного мозга
- 4) сосудистым поражением головного мозга
- 5) родовой травмой

40. ХРОМОСОМНАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

- 1) связанный с тяжелым соматическим заболеванием
- 2) связанный с передачей заболевания по наследству

- 3) обусловленный мутацией гена
- 4) обусловленный нарушением структуры хромосом
- 5) связанный с эмоциональным стрессом

41. ГЕННАЯ ЭТИОЛОГИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

- 1) передачей заболевания по наследству
- 2) нарушением структуры хромосом
- 3) внутриутробным поражением плода
- 4) мутацией гена
- 5) родовой травмой

42. ЭМБРИОПАТИЯ – ЭТО ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ

- 1) неблагоприятной наследственностью
- 2) родовой травмой
- 3) внутриутробным поражением плода
- 4) наличием соматического заболевания
- 5) наличием эндокринного заболевания

43. КОНКОРДАНТНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ

- 1) достигает 90-100%
- 2) зависит от их пола
- 3) зависит от возраста начала заболевания
- 4) составляет 40-60%
- 5) наследственные факторы не значимы

44. СОСТОЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ СВЯЗАНО С

- 1) избытком ГАМК
- 2) дефицитом серотонина
- 3) дефицитом глутамата
- 4) избытком дофамина

5) избытком гистамина

45. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СВЯЗАНО С

1) избытком серотонина

2) дефицитом ГАМК

3) избытком гистамина

4) дефицитом ацетилхолина

5) избытком глутамата

46. ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ

1) повышает адаптацию человека

2) понижает адаптацию человека

3) извращает адаптацию человека

4) на адаптацию не влияет

5) приводит к психическому заболеванию

47. ПСИХОГЕННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА

1) регрессии

2) вытеснения

3) гиперкомпенсации

4) рационализации

5) сублимации

48. ВЕРОЯТНОСТЬ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА БУДЕТ НАИМЕНЬШЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА

1) регрессии

2) избегания

3) расщепления

4) подавления

5) диссоциации

49. ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРОМ ЗАЩИТНОГО МЕХАНИЗМА

- 1) расщепления
- 2) обесценивания
- 3) избегания
- 4) отреагирования
- 5) конверсии

50. ПУБЕРТАТНОМУ КРИЗУ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫСОКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ

- 1) эпилепсии
- 2) хореи Гентингтона
- 3) дисморфомании
- 4) биполярного аффективного расстройства
- 5) неврастении

501. ПРИСТУПЫ МОНОПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ ВОЗНИКАЮТ

- 1) чаще у женщин
- 2) чаще у мужчин
- 3) чаще в подростковом возрасте
- 4) чаще в детском возрасте
- 5) не зависят от пола и возраста

52. ПАРОКСИЗМАЛЬНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СВОЙСТВОМ ВСЕХ ПРОДУКТИВНЫХ СИМПТОМОВ

- 1) шизофрении
- 2) эпилепсии
- 3) истерии
- 4) мании
- 5) неврастении

53. СХИЗИС ПРИ ШИЗОФРЕНИИ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК

- 1) симптом
- 2) синдром
- 3) надсиндромное свойство
- 4) регистр
- 5) болезнь

54. СВЯЗЬ СИМПТОМОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ, ИХ НАПРАВЛЕННОСТЬ НА ЗРИТЕЛЕЙ, ПОДВЕРЖЕННОСТЬ САМОВНУШЕНИЮ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) пароксизмальностью
- 2) демонстративностью
- 3) схизисом
- 4) дисморфоманией
- 5) деперсонализацией

55. СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) причину болезни
- 2) прогрессивность заболевания
- 3) прогноз
- 4) текущее состояние
- 5) способность к адаптации

56. ОТСУТСТВИЕ КРИТИКИ К БОЛЕЗНЕННОМУ СОСТОЯНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) пароксизмальности
- 2) схизиса
- 3) невроза
- 4) депрессии
- 5) психоза

57. НЕОБРАТИМЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ РАССТРОЙСТВА

- 1) невротические

2) психотические

3) продуктивные

4) негативные

5) пароксизмальные

58. НАРАСТАНИЕ ПРОДУКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

1) остроте заболевания

2) злокачественности заболевания

3) хронификации заболевания

4) пароксизмальности

5) необратимости заболевания

59. НАИБОЛЬШИМ РАЗНООБРАЗИЕМ СИМПТОМАТИКИ ОТЛИЧАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1) невротозов

2) аффективных расстройств

3) умственной отсталости

4) шизофрении

5) органических заболеваний головного мозга

60. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМИ СЧИТАЮТСЯ СИМПТОМЫ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ РЕГИСТРУ РАССТРОЙСТВ

1) астенических

2) аффективных

3) деперсонализационных

4) кататонических

5) психоорганических

Реализуемые компетенции	Номера вопросов
ОК – 8	1-20
ПК – 6	21-40
ПК - 7	41-60

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он не допускает ошибок;
- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если он допускает не более 2 ошибок;
- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он допускает не более 5 ошибок;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если он допускает более 5 ошибок.

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенции

Текущий контроль представляет собой проверку усвоения учебного материала теоретического и практического характера, регулярно осуществляемую на протяжении семестра. К достоинствам данного типа относится его систематичность, непосредственно коррелирующаяся с требованием постоянного и непрерывного мониторинга качества обучения, а также возможность балльно-рейтинговой оценки успеваемости обучающихся. Недостатком является фрагментарность и локальность проверки. Компетенцию целиком, а не отдельные ее элементы (знания, умения, навыки) при подобном контроле проверить невозможно. К основным формам текущего контроля (текущей аттестации) можно отнести устный опрос, письменные задания, лабораторные работы, контрольные работы.

Критерии оценки промежуточной аттестации в форме экзамена:

- оценка **«отлично»** выставляется если: обучающийся глубоко и прочно освоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно, логично и стройно его излагает. В ответе тесно увязывает теорию с практикой, свободно читает результаты анализов и другие исследования, решает ситуационные задачи повышенной сложности. Хорошо знаком с основной литературой и методами исследования больного в объеме, необходимом для практической деятельности врача, увязывает теоретические аспекты предмета с задачами практического здравоохранения, знает вклад отечественных ученых в развитие данной области медицинских знаний, приоритет этих ученых, владеет знаниями основных принципов медицинской деонтологии.
- оценка **«хорошо»** выставляется если: обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и, по существу излагает его, не допускает существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Умеет решать легкие и средней тяжести ситуационные задачи, владеет методами оценки и проведения лабораторных и клинических исследований в объеме, превышающем обязательный минимум, способен на базе конкретного содержания ответов показать достаточное мышление, оценить достижения современной медицины.
- оценка **«удовлетворительно»** выставляется если: обучающийся знает только основной материал, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушение последовательности в изложении программного материала. Студент способен решать лишь наиболее легкие задачи, владеет только обязательным минимумом методов исследования, слабо знает основные принципы деонтологии.
- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется если: обучающийся не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практическую часть контроля знаний.

