



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. Цели освоения дисциплины.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Место дисциплины в структуре образовательной программы.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Планируемые результаты обучения по дисциплине .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Структура и содержание дисциплины.....</b>	<b>7</b>
4.1 Объем дисциплины и виды работы.....	7
4.2 Содержание учебной дисциплины.....	8
4.2.1 Разделы (темы) дисциплины, виды деятельности и формы контроля.	8
4.2.2 Лекционный курс.....	9
4.2.3. Лабораторный практикум.....	10
4.2.4. Практические занятия	10
4.3 Самостоятельная работа.....	13
<b>5 Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине.....</b>	<b>13</b>
5.1. Методические указания для подготовки обучающихся	13
5.2. Методические указания для подготовки обучающихся	14
5.3. Методические указания для подготовки обучающихся	14
5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся	15
<b>6 Образовательные технологии.....</b>	<b>16</b>
<b>7 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....</b>	<b>16</b>
7.1. Перечень основной и дополнительной литературы.....	16
7.2 Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».....	17
7.3. Информационные технологии.....	17
<b>8. Материально-техническое обеспечение дисциплины.....</b>	<b>18</b>

<b>ны.....</b>	
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий...	18
8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся...	18
8.3. Требования к специализированному оборудованию.....	18
<b>9 Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.....</b>	<b>19</b>
<b>Приложение 1. Фонд оценочных средств</b>	
<b>Приложение 2. Аннотация рабочей программы</b>	

## 1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

**Целью** освоения дисциплины «Психиатрия и наркология» является формирование способности у обучающихся оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач и способностью к определению у пациента

основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем- пересмотра, принятой 43-й и готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

При этом **задачами** дисциплины являются:

- 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 нейрoлептический 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 и наркология» относится к обязательной части Блока 1. Дисциплины (модули), 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.	Судебная медицина Медицинская реабилитация Неврология	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

### 3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ.

Планируемые результаты освоения образовательной программы (ОП) – компетенции обучающихся определяются требованиями стандарта по специальности 31.05.03 « Стоматология » 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-9	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	<p>ОПК-9.1 Использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека</p> <p>ОПК 9.2 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ОПК 9.3 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при решении профессиональных задач</p>
2.	ПК-1	способен проводить обследования пациента с целью установления диагноза	<p>ПК-1.1. Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей)</p> <p>ПК-1.2. Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p> <p>ПК- 1.3. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p>

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

##### 4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 10 Часов	
1	2	3	
<b>Аудиторные занятия (всего), в том числе:</b>	64	64	
Лекции (Л)	16	16	
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)	48	48	
Лабораторные работы (ЛР)			
<b>Контактная внеаудиторная работа, в том числе:</b>	1,7	1.7	
Групповые и индивидуальные консультации	1,7	1.7	
<b>Самостоятельная работа обучающегося (СРО) (всего)</b>	42	42	
Работа с книжными источниками	10	10	
Работа с электронными источниками	10	10	
Доклад	10	10	
Подготовка к коллоквиуму	6	6	
Подготовка к тестированию	6	6	
<b>Промежуточная аттестация</b>	Зачет(з) <b>в том числе:</b>	3	3
	Прием зач., час.	0,3	0,3
<b>ИТОГО: Общая трудоемкость</b>	<b>Часов</b>	108	108
	<b>зач. ед.</b>	3	3

## 4.2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.

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

№ п/п	Наименование раздела(темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу обучающихся (в часах)					Формы текущей и промежуточной аттестации
		Л	ЛР	ПЗ	СРО	Всего	
1	2	3	4	5	6	7	8
Семестр 10							
1.	<b>Раздел 1.</b> Общая психопатология .	10		20	20	50	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос
2.	<b>Раздел 2.</b> Частная психопатология	16		28	20	64	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос
3	Контактная внеаудиторная работа				1,7	1,7	индивидуальные и групповые консультации
4.	Промежуточная аттестация				0,3	0,3	Зачет
<b>Всего:</b>		<b>16</b>		<b>48</b>	<b>42</b>	<b>108</b>	

#### 4.2.2. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование темы лекции	Содержание лекции	Всего часов
				ОФО
1	2	3	4	5
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 чувства, представления и ощущения. Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации.	2
2		Ощущения, их расстройства	Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма. 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. Экстероцептивные рецепторы (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире, интероцептивные — о состоянии внутренних органов и систем, проприоцептивные — о положении тела в пространстве и совершаемых движений. Для определения нарушений ощущения используются термины: анестезия, гипестезии, гиперестезия, сенестопатия и парестезия.	2
3		Расстройства восприятия.	Восприятие, в отличие от ощущений,	2

			<p>дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств. Конечный продуктом 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> <p>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.</p>	
4		<p>Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.</p>	<p>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 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.</p> <p>Расстройство интеллекта – слабоумие – может быть врожденным и приобретенным. Врожденное слабоумие (олигофрения) может быть представлено различными степенями недораз-</p>	2

			<p>вития 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 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, холодного отношения 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 – 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>	2
6	<p>Раздел 2. Частная пси-</p>	<p>Эпилепсия.</p>	<p>Эпилепсия – хроническое нервно-</p>	2

	хопатология		<p>психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной, главными элементами которой являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повторные, непровоцируемые эпилептические припадки;</li> <li>- транзиторные (преходящие) психические расстройства;</li> <li>- хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции.</li> </ul>	
7		<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).</p> <p>Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: психическим (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого 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. вирус 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 обще-</p>	2

			<p>ния. 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 параноид и инволюционная меланхолия. Факторами предрасполагающими 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).</p> <p>Психические расстройства при опухолях головного мозга многообразны, это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Психотическим расстройствам свойственны изменчивость, фрагментарность («мерцающая симптоматика»), но могут встречаться и затяжные психопатологические изменения. 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>	2

			<p>Симптоматические психозы — психотические состояния, возникающие во время соматических неинфекционных и инфекционных заболеваний в связи с ними.</p> <p>В настоящее время к истинным симптоматическим психозам обычно относят психозы при соматических неинфекционных и инфекционных заболеваниях, а интоксикационные психозы выделяют в самостоятельную классификационную рубрику. Однако полная идентичность остро развивающихся интоксикационных психозов с помрачением сознания и тяжелых 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> <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>	2
12		Психопатии, акцентуации характера	<p>Психопатии — это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивиду-</p>	2

			ума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в 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.	
13		Неврозы, невротические развития	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 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.	2
14		Шизофрения.	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 пациента раньше. Возможны	2

			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.	
15		Сосудистые, старческие, Аддиктивные расстройства	<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.</p> <p>Депрессия в пожилом возрасте может проявляться исключительно физическими симптомами, к примеру, отсутствием аппетита, потерей веса, необъяснимыми болями, а также расстройствами пищеварительной системы. Другие симптомами могут быть бессилие, трудности концентрации внимания и невозможность переживать радость.</p> <p>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>	2
<b>Всего:</b>				<b>16</b>

#### 4.2.3. Лабораторный практикум ( не предусмотрено учебным планом).

##### 4.2.4 Практические занятия.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Наименование практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
				ОФО
1	2	3	4	5
Семестр 10				
1.	<b>Общая</b>	Введение в	Психиатрия - медицинская	4

<p><b>психопатология</b></p>	<p>психиатрию. Организация психиатрической помощи. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»</p>	<p>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 проявля-ться общими изменениями личности. Задачи психиатрии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностика психических расстройств.</li> <li>2. Изучение клиники, этиологии и патогенеза, течения и исхода психических заболеваний.</li> <li>3. Изучение эпидемиологии психических расстройств.</li> <li>4. Разработка методов лечения психической патологии.</li> <li>5. Разработка способов реабилитации больных с психическими заболеваниями.</li> <li>6. Разработка методов профилактики психических расстройств.</li> <li>7. Разработка структуры организации психиатрической помощи населению. Законодательной базой психиатрической помощи является Закон РБ «О</li> </ol>	
------------------------------	--	--	--

			<p>психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». 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. Основные положения закона оговаривают порядок проведения психиатрического освидетельствования, госпитализацию больных в психиатрический стационар и вопросы, связанные с сохранением информации о психическом состоянии граждан.</p>	
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. 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 и давит на мочевой пузырь и др. Чаще всего патология ощущений встречается при астенических расстройствах различной этиологии, но могут</p>	4

		наблюдаться и при психотических вариантах заболеваний. Длительно существующие парестезии или сенестопатии могут быть основанием для формирования ипохондрического бреда, бреда воздействия.	
	Расстройства восприятия.	<p>Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: агнозиями, иллюзиями, галлюцинациями и психо-сенсорными 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, туберкулезе и др.) и носящие разный патогенетический характер. 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.. Галлюцинирующие пациенты воспринимают их как действительно существующее, а не воображаемое нечто.</p>	4

			Поэтому всякие разумные доводы собеседника о том, что переживаемые ими ощущения есть только проявления болезни отрицаются и могут вызвать только раздражение пациента.	
		Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.	<p>Амнезия – утрата способности сохранять и воспроизводить ранее усвоенную информацию, а в некоторых случаях и невозможность 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. Конградная амнезия представляет собой амнезию на период состояния нарушенного сознания, чаще всего выключения. Она объясняется не столько расстройством функции памяти, сколько невозможностью восприятия информации, запечатления ее, например, во время комы или сопора. 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, 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</p>	4

		<p>имеет место сочетание ретро- и антероградной амнезии, в этих случаях говорят о смешанной, ретроантероградной амнезии. 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. Признаками деменции являются утрата накопленных знаний, снижение продуктивности психической деятельности, изменения личности, достигающие иногда степени, при которой больные становятся не способными к самообслуживанию, удовлетворению своих первичных потребностей. По клиническим проявлениям выделяют лакунарное и тотальное слабоумие.</p>	
	<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. 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,</p>	<p>4</p>

			сами по себе, могут быть абсолютным сигналом полезного или вредного воздействия на организм, часто даже раньше, чем определены локализации воздействия и конкретный механизм ответной реакции организма.	
3.	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- повторные, непровоцируемые эпилептические припадки;</li> <li>- транзиторные (преходящие) психические расстройства;</li> <li>- хронические изменения личности и интеллекта, иногда достигающие степени деменции.</li> </ul>	4
		Психические изменения при травмах мозга. Психические изменения при церебральном сифилисе и СПИДе.	<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>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 носителей вируса, что является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания. Лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так на-</p>	4

			<p>зываемую 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>	
		<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 обращаются в милицию. Поведение больных внешне относительно упорядоченное. Этиология и патогенез. Опухолевый процесс повреждает головной мозг и вызывает сопутствующие психические</p>	<p>4</p>

		<p>расстройства. Факторы, обуславливающие наличие, выраженность и характер психических нарушений, многочисленны:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гистологическая природа опухоли мозга — психические расстройства встречаются значительно чаще при глиомах, чем при менингиомах;</li> <li>2) различия в темпе и, возможно, в виде опухолевого роста;</li> <li>3) локализация.</li> </ol> <p>Классификация симптоматических психозов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острые симптоматические психозы с помрачением сознания (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные и онирические состояния, острый вербальный галлюциноз);</li> <li>2) протрагированные или промежуточные симптоматические психозы — переходные синдромы по Вику (депрессии, депрессии с бредом, галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный корсаковский психоз и конфабулез);</li> <li>3) органический психосиндром — следствие длительного воздействия той или иной вредности на мозг. В большинстве случаев острые симптоматические психозы проходят бесследно. После соматических заболеваний с картиной протрагированных психозов возможны органические изменения психики.</li> </ol>	
	<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</p>	<p>4</p>

			их основе, как правило, возникают реактивные состояния и психозы (острые реакции на стресс). Под хронической психотравмой понимают психотравму меньшей интенсивности, но существующей продолжительное время. Они, как правило, приводят к развитию неврозов (невротических и соматоформных расстройств). Также выделяют психотравмы общечеловеческой значимости (угроза жизни) и индивидуально-значимые (профессиональные, семейные и интимно-личностные).	
		Психопатии, акцентуации характера	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".	6
4.		Неврозы, невротические развития	Неврозы – это группа входящих психических заболеваний с тенденцией к затяжному течению, клиника которых определяется астеническими, навязчивыми, 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	2

			не сопровождающаяся лихорадкой, не связана с местными поражениями одного из органов, обусловленное общим страданием, от которого зависят движения и мысли.	
		Шизофрения.	<p>Шизофрения – психическое заболевание, характеризующееся дезинтеграцией процессов мышления и изменениями эмоциональной сферы.</p> <p>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 относится к возрастной группе 15-30 лет.</p> <p>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>	2
		Сосудистые, старческие, Аддиктивные расстройства	<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</p>	2

			<p>преобладанием характерологических сдвигов в виде то заострения, то стирания ранее свойственных большому черт. Эти расстройства обнаруживают, как правило, 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». Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что неспособны «жить как люди». Однако, такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гипер-компенсаторной реакцией.</p> <p>От заниженной самооценки, навешиваемой 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</p>	
--	--	--	--	--

			чужих».	
<b>Всего:</b>				<b>48</b>

### 4.3 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ.

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	№ п/п	Виды СРО	Всего часов ОФО
1	2	3	4	5
<b>Семестр 10</b>				
1.	<b>Раздел 1.</b> Общая психопатология	1.1	Работа с лекционным материалом, поиск и обзор литературы и электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса	10
		1.2	Выполнение и подготовка к защите практической работы	
		1.3	Подготовка к текущему контролю (Тестовый контроль, Контрольная работа)	
		1.4	Составление тематического портфолио	
		1.5	Подготовка к коллоквиуму	
		1.6	Презентация доклада	
2.	<b>Раздел 2.</b> Раздел 2. Частная психопатология	1.1	Работа с лекционным материалом, поиск и обзор литературы и электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса	32
		1.2	Выполнение и подготовка к защите практической работы	
		1.3	Подготовка к текущему контролю (Тестовый контроль, Контрольная работа)	
		1.4	Составление тематического портфолио	
		1.5	Подготовка к коллоквиуму	
		1.6	Презентация доклада	
<b>Итого часов в 10 семестре:</b>				<b>42</b>
<b>Всего:</b>				<b>42</b>

## **5. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ.**

### **5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям.**

Подготовка к лекционному занятию включает выполнение всех видов заданий размещенных к каждой лекции (см. ниже), т.е. задания выполняются еще до лекционного занятия по соответствующей теме. В ходе лекционных занятий вести конспектирование учебного материала. Обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие содержание тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации, положительный опыт в ораторском искусстве. Желательно оставить в рабочих конспектах поля, на которых делать пометки из рекомендованной литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений. Задавать преподавателю уточняющие вопросы с целью уяснения теоретических положений, разрешения спорных ситуаций. Дорабатывать свой конспект лекции, делая в нем соответствующие записи из литературы, рекомендованной преподавателем и предусмотренной учебной программой - в ходе подготовки к семинарам изучить основную литературу, ознакомиться с дополнительной литературой, новыми публикациями в периодических изданиях: журналах, газетах и т.д. При этом учесть рекомендации преподавателя и требования учебной программы. Подготовить тезисы для выступлений по всем учебным вопросам, выносимым на семинар. Готовясь к докладу или реферативному сообщению, обращаться за методической помощью к преподавателю. Составить план-конспект своего выступления. Продумать примеры с целью обеспечения тесной связи изучаемой теории с реальной жизнью. Своевременное и качественное выполнение самостоятельной работы базируется на соблюдении настоящих рекомендаций и изучении рекомендованной литературы. Студент может дополнить список использованной литературы современными источниками, не представленными в списке рекомендованной литературы, и в дальнейшем использовать собственные подготовленные учебные материалы при написании курсовых и дипломных работ.

### **5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям(не предусмотрены учебным планом).**

### **5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим занятиям.**

Важной формой обучения является систематическая и планомерная подготовка к практическому занятию. После лекции обучающийся должен познакомиться с планом практических занятий и списком обязательной и дополнительной литературы, которую необходимо прочитать, изучить и законспектировать. Разъяснение по вопросам новой темы студенты получают у преподавателя в конце предыдущего практического занятия.

Подготовка к практическому занятию требует, прежде всего, чтения рекомендуемых источников и монографических работ, их реферирования, подготовки докладов и сообщений. Важным этапом в самостоятельной работе студента является повторение материала по конспекту лекции. Одна из главных составляющих внеаудиторной подготовки – работа с книгой. Она предполагает: внимательное прочтение, критическое осмысление содержания, обоснование собственной позиции по дискуссионным моментам, постановки интересующих вопросов, которые могут стать предметом обсуждения на практическом занятии.

В начале практического занятия должен присутствовать организационный момент и вступительная часть. Преподаватель произносит краткую вступительную речь, где формулируются основные вопросы и проблемы, способы их решения в процессе работы.

В конце каждой темы подводятся итоги, предлагаются темы докладов, выносятся вопросы для самоподготовки. Как средство контроля и учета знаний студентов в течение семестра проводятся контрольные работы. Все указанные обстоятельства учитывались при составлении рабочей программы дисциплины. В ней представлена тематика докладов, охватывающая ключевые вопросы рабочей программы дисциплины. Их подготовка и изложение на занятиях являются основной формой работы и промежуточного контроля знаний студентов. В рабочей программе приведены вопросы для подготовки к зачету. Список литературы содержит перечень печатных изданий для подготовки студентов к занятиям и их самостоятельной работы. При разработке рабочей программы предусмотрено, что определенные темы изучаются самостоятельно.

Успешному осуществлению внеаудиторной самостоятельной работы способствуют консультации и коллоквиумы (собеседования). Они обеспечивают непосредственную связь между обучающимся и преподавателем (по ним преподаватель судит о трудностях, возникающих у студентов в ходе учебного процесса, о степени усвоения предмета, о помощи, какую надо указать, чтобы устранить пробелы в знаниях); они используются для осуществления контрольных функций.

#### **5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся**

Самостоятельная работа обучающегося является основным средством овладения учебным материалом во время, свободное от обязательных учебных занятий. Самостоятельная работа над усвоением учебного материала может выполняться в библиотеке СКГА, учебных кабинетах, компьютерных классах, а также в домашних условиях. Учебный материал учебной дисциплины, предусмотренный рабочим учебным планом для усвоения студентом в процессе самостоятельной работы, выносится на итоговый контроль наряду с учебным материалом, который разрабатывался при проведении учебных занятий. Содержание самостоятельной работы определяется учебной программой дисциплины, методическими материалами, заданиями и указаниями преподавателя. Самостоятельная работа осуществляется в аудиторной и внеаудиторной формах.

Самостоятельная работа в аудиторное время может включать:

- конспектирование (составление тезисов) лекций;
- выполнение контрольных работ;
- решение задач; – работу со справочной и методической литературой;
- выступления с докладами, сообщениями на семинарских занятиях;
- защиту выполненных работ;
- участие в оперативном (текущем) опросе по отдельным темам изучаемой дисциплины;
- участие в собеседованиях, деловых (ролевых) играх, дискуссиях, круглых столах, конференциях;
- участие в тестировании и др.

Самостоятельная работа студентов во внеаудиторное время может состоять из:

- повторение лекционного материала;
  - подготовки к практическим занятиям;
  - изучения учебной и научной литературы;
  - решения задач, выданных на практических занятиях; – подготовки к контрольным работам, тестированию и т.д.;
  - подготовки к семинарам устных докладов (сообщений);
  - подготовки рефератов, эссе и иных индивидуальных письменных работ по заданию преподавателя;
  - выделение наиболее сложных и проблемных вопросов по изучаемой теме, получение разъяснений и рекомендаций по данным вопросам с преподавателями кафедры на их еженедельных консультациях.
- проведение самоконтроля путем ответов на вопросы текущего контроля знаний,

решения представленных в учебно-методических материалах кафедры задач, тестов, написания рефератов и эссе по отдельным вопросам изучаемой темы.

Формой поиска необходимого и дополнительного материала по дисциплине с целью доработки знаний, полученных во время лекций, есть индивидуальные задания для студентов. Выполняются отдельно каждым самостоятельно под руководством преподавателей. Именно овладение и выяснения рекомендованной литературы создает широкие возможности детального усвоения данной дисциплины. Индивидуальные задания студентов по дисциплине осуществляются путем выполнения одного или нескольких видов индивидуальных творческих или научно-исследовательских задач (ИНДЗ), избираемых с учетом его творческих возможностей, учебных достижений и интересов по согласованию с преподавателем, который ведет лекции или семинарские занятия, или по его рекомендации. Он предоставляет консультации, обеспечивает контроль за качеством выполнения задания и оценивает работу.

### **Работа с литературными источниками и интернет ресурсами**

В процессе подготовки к практическим занятиям, обучающимся необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной учебной и учебно-методической, а также научной литературы.

Самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной и популярной литературой, материалами периодических изданий и Интернета, статистическими данными является наиболее эффективным методом получения знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у обучающихся сврѐ отношение к конкретной проблеме.

Более глубокому раскрытию вопросов способствует знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем по каждой теме семинарского или практического занятия, что позволяет обучающимся проявить свою индивидуальность в рамках выступления на данных занятиях, выявить широкий спектр мнений по изучаемой проблеме.

### **Подготовка доклада**

Тема доклада должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме учебного занятия. Материалы при его подготовке, должны соответствовать научно-методическим требованиям вуза и быть указаны в докладе. Необходимо соблюдать регламент, оговоренный при получении задания. Иллюстрации должны быть достаточными, но не чрезмерными.

Работа обучающего над докладом-презентацией включает отработку умения самостоятельно обобщать материал и делать выводы в заключении, умения ориентироваться в материале и отвечать на дополнительные вопросы слушателей, отработку навыков ораторства, умения проводить диспут.

Докладчики должны знать и уметь: сообщать новую информацию; использовать технические средства; хорошо ориентироваться в теме всего семинарского занятия; дискутировать и быстро отвечать на заданные вопросы; четко выполнять установленный регламент (не более 10 минут); иметь представление о композиционной структуре доклада и др.

### **Подготовка к тестированию**

В современном образовательном процессе тестирование как новая форма оценки знаний занимает важное место и требует серьезного к себе отношения. Цель тестирований в ходе учебного процесса обучающихся состоит не только в систематическом контроле за знанием точных дат, имен, событий, явлений, но и в развитии умения студентов выделять, анализировать и обобщать наиболее существенные связи, признаки и принципы разных исторических явлений и процессов. Одновременно тесты способствуют развитию творческого

мышления, умению самостоятельно локализовать и соотносить исторические явления и процессы во времени и пространстве.

Как и любая другая форма подготовки к контролю знаний, тестирование имеет ряд особенностей, знание которых помогает успешно выполнить тест. Можно дать следующие методические рекомендации:

- Прежде всего, следует внимательно изучить структуру теста, оценить объем времени, выделяемого на данный тест, увидеть, какого типа задания в нем содержатся. Это поможет настроиться на работу.

- Лучше начинать отвечать на те вопросы, в правильности решения которых нет сомнений, пока не останавливаясь на тех, которые могут вызвать долгие раздумья. Это позволит успокоиться и сосредоточиться на выполнении более трудных вопросов.

- Очень важно всегда внимательно читать задания до конца, не пытаясь понять условия «по первым словам» или выполнив подобные задания в предыдущих тестированиях. Такая спешка нередко приводит к досадным ошибкам в самых легких вопросах.

- Если Вы не знаете ответа на вопрос или не уверены в правильности, следует пропустить его и отметить, чтобы потом к нему вернуться.

Как правило, задания в тестах не связаны друг с другом непосредственно, поэтому необходимо концентрироваться на данном вопросе и находить решения, подходящие именно к нему. Кроме того, выполнение этой рекомендации даст еще один психологический эффект – позволит забыть о неудаче в ответе на предыдущий вопрос, если таковая имела место.

- Многие задания можно быстрее решить, если не искать сразу правильный вариант ответа, а последовательно исключать те, которые явно не подходят. Метод исключения позволяет в итоге сконцентрировать внимание на одном-двух вероятных вариантах.

- Рассчитывать выполнение заданий нужно всегда так, чтобы осталось время на проверку и доработку (примерно 1/3-1/4 запланированного времени). Тогда вероятность опускаться к нулю и не иметь времени, чтобы набрать максимум баллов на легких заданиях и сосредоточиться на решении более трудных, которые вначале пришлось пропустить.

- Процесс угадывания правильных ответов желательно свести к минимуму, так как это чревато тем, что студент забудет о главном: умении использовать имеющиеся накопленные в учебном процессе знания, и будет надеяться на удачу. Если уверенности в правильности ответа нет, но интуитивно появляется предпочтение, то психологи рекомендуют доверять интуиции, которая считается проявлением глубинных знаний и опыта, находящихся на уровне подсознания.

При подготовке к тесту не следует просто заучивать, необходимо понять логику изложенного материала. Этому немало способствует составление развернутого плана, таблиц, схем, внимательное изучение исторических карт. Большую помощь оказывают опубликованные сборники тестов, Интернет-тренажеры, позволяющие, во-первых, закрепить знания, во-вторых, приобрести соответствующие психологические навыки саморегуляции и самоконтроля. Именно такие навыки не только повышают эффективность подготовки, позволяют более успешно вести себя во время экзамена, но и вообще способствуют развитию навыков мыслительной работы.

### **Подготовка к текущему контролю**

Текущий контроль – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. К его достоинствам относится систематичность, постоянный мониторинг качества обучения, а также возможность оценки успеваемости обучающихся.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий в ходе устного опроса обучающихся, а также выполнения тестовых заданий и (или) решения задач.

Подготовка к текущему контролю включает 2 этапа:

1-й – организационный;

2-й - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания на самостоятельную работу;
- подбор учебной и научной литературы;
- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к текущему контролю. Подготовка проводится в ходе самостоятельной работы обучающихся и включает в себя повторение пройденного материала по вопросам предстоящего опроса. Помимо основного материала обучающийся должен изучить дополнительную учебную и научную литературу и информацию по теме, в том числе с использованием Интернет-ресурсов. Опрос предполагает устный ответ обучающегося на один основной и несколько дополнительных вопросов преподавателя.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

#### **Промежуточная аттестация**

По итогам 10 семестра проводится зачёт. При подготовке к сдаче зачёта рекомендуется пользоваться материалами лекционных, практических занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.

Зачет проводится в устной форме.

#### **Методические рекомендации к ситуационным задачам**

Это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Такие знания более прочные, они позволяют студенту видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Студент должен опираться на уже имеющуюся базу знаний. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу. Характеристики выбранной для ситуационной задачи проблемы и способы ее решения являются отправной точкой для оценки качества этого вида работ. Преподаватель определяет тему, либо раздел, рекомендует литературу, консультирует студента при возникновении затруднений.

Студенту необходимо изучить предложенную преподавателем литературу и характеристику условий задачи, выбрать оптимальный вариант (подобрать известные и стандартные алгоритмы действия) или варианты разрешения, оформить и сдать на контроль в установленный срок.

#### **Методические рекомендации для подготовки к коллоквиуму**

Коллоквиум - форма проверки и оценивания знаний учащихся в системе образования, преимущественно в вузах. Как правило, он представляет собой проводимый по инициативе преподавателя промежуточный мини-экзамен во время обучения по дисциплине, имеющий целью уменьшить список тем, выносимых на основной экзамен, и оценить текущий уровень знаний обучающихся.

Оценка, полученная на коллоквиуме, может влиять на получение зачета и оценку на экзамене. В некоторых случаях преподаватель выносит на коллоквиум все пройденные темы и обучающийся, как на итоговом экзамене, получает единственную оценку, идущую в зачет по дисциплине.

Коллоквиум может проводиться в устной и письменной форме.

Устная форма. Ответы оцениваются одновременно в традиционной шкале («неудовлетворительно» — «отлично»). Вопросы к коллоквиуму могут содержать как теоретические вопросы, так и задачи практического характера.

Подготовка к коллоквиуму начинается с установочной консультации преподавателя, на которой он разъясняет развернутую тематику проблемы, рекомендует литературу для изучения и объясняет процедуру проведения коллоквиума. Как правило, на самостоятельную подготовку к коллоквиуму обучающемуся отводится 2-4 часа. Подготовка включает в себя изучение рекомендованной литературы и (по указанию преподавателя) конспектирование важнейших источников. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым обучающимся или беседы в небольших группах (3-5 человек). Обычно преподаватель задает несколько кратких конкретных вопросов, позволяющих выяснить степень добросовестности работы с литературой, контролирует конспект. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания.

## 6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

№ п/п	Виды учебной работы	Образовательные технологии	Всего часов
			ОФО
1	2	3	4
1	<b>Лекция:</b> Расстройства восприятия.	<i>проблемная, лекция дискуссия</i>	2
	<b>Лекция:</b> Расстройства мышления, памяти, внимания, интеллекта.	<i>лекция с ошибками</i>	2
	<b>Практические занятия:</b> Неврозы, невротические развития	<i>деловая игра</i>	2
	<b>Практические занятия:</b> Шизофрения.	<i>тренинг</i>	2

## 7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.

### 7.1. Список основной и дополнительной литературы

Список основной литературы	
1.	Психиатрия : учебник/ под ред. В.К. Шамрея, А.А. Марченко.-Санкт – Петербург : СпецЛит, 2023.- 3-е изд. доп. и перераб.- 445 с. ISBN 978-5-299-012169-2. Текст : непосредственный.
Список дополнительной литературы	
1.	Судебная психиатрия : учебное пособие (практикум) / составители М. А. Коротаева. — Ставрополь : Северо-Кавказский федеральный университет, 2018. — 108 с. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <a href="https://www.iprbookshop.ru/92759.html">https://www.iprbookshop.ru/92759.html</a> — Режим доступа: для авторизир. пользователей
2.	Психиатрия и наркология : учебник/ Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина.- М.: ГЕОТАР – Медиа, 2012.-832 с.:ил. ISBN 978-5-9704-1167-4 -Текст: непосредственный

### 7.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

<https://www.cochrane.org/ru/evidence> - Кокрейновская библиотека  
<https://cr.minzdrav.gov.ru/> – Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.  
<http://www.rusvrach.ru> – Профессиональный портал для российских врачей;  
<http://e-Library.ru> – Научная электронная библиотека;  
<http://www.Med-edu.ru> – медицинские видео лекции для врачей и студентов медицинских ВУЗов  
<http://medelement.com/> - MedElement - электронные сервисы и инструменты для врачей, медицинских организаций.  
<https://www.garant.ru> - Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации.

### 7.3. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893, 64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Срок действия: с 24.12.2024 до 25.12.2025
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-25-01 от 30.01.2025 г.
Цифровой образовательный ресурс IPR SMART	Лицензионный договор № 12873/25П от 02.07.2025 г. Срок действия: с 01.07.2025 г. до 30.06.2026 г.
Бесплатное ПО	
Sumatra PDF, 7-Zip	

## 8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

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

### **1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа**

#### **Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа**

Специализированная мебель:

парта-скамья – 30 шт.,

мягкие стулья-3 шт.,

стулья ученические – 3 шт.,

кафедра напольная-1 шт.,

доска напольная – 1шт., столы – 2 шт.

Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации: Переносной экран настенный рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

Мультимедиа –проектор - 1 шт

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

Специализированная мебель:

доска меловая – 1 шт.,

Кафедра настольная -1 шт., парты- 12 шт., стулья – 24 шт.

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

Переносной экран рулонный - 1 шт.

Ноутбук - 1 шт.

Мультимедиа –проектор - 1 шт.

### **3. Помещение для самостоятельной работы.**

#### **Электронный читальный зал (БИЦ)**

Комплект проекционный, мультимедийный интерактивный: интерактивная доска , проектор , универсальное настенное крепление. Персональный компьютер-моноблок -18 шт. Персональный компьютер – 1 шт.

Стол на 1 рабочее место – 20 шт. Столы на 2 рабочих места – 9 шт. Стулья – 38шт.

МФУ – 2 шт.

#### **Читальный зал(БИЦ)**

Стол на 2 рабочих места – 12 шт. Стулья – 24 шт.

#### **Отдел обслуживания печатными изданиями (БИЦ)**

Комплект проекционный, мультимедийный оборудование:

Экран настенный. Проектор. Ноутбук.

Рабочие столы на 1 место – 21 шт. Стулья – 55 шт.

Специализированная мебель (столы и стулья): Рабочие столы на 1 место – 24 шт. Стулья – 24 шт.

Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО «Сев-КавГА»: Персональный компьютер – 1шт. Сканер – 1 шт. МФУ – 1 шт.

#### **Электронный читальный зал**

Специализированная мебель (столы и стулья): компьютерный стол – 20 шт., ученический стол - 14 шт, стулья – 47 шт., стол руководителя со спикером - 1 шт, двухтумбовый стол -2 шт. Компьютерная техника с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ФГБОУ ВО

«СКГА»: моноблок - 18 шт. , Персональный компьютер -1 шт. МФУ – 2 шт.

#### **Читальный зал**

Специализированная мебель (столы и стулья): ученический стол - 12 шт, стулья – 24 шт., картотека - 2 шт, шкаф железный -1 шт., стеллаж выставочный - 1 шт.

### **8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся**

1. Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером с доступом в Интернет.
2. Рабочие места обучающихся, оснащенные компьютерами с доступом в Интернет, предназначенные для работы в электронной образовательной среде.

### **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.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ:  
«Психиатрия, медицинская психология».**

# 1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПЕДИАТРИЯ

## 1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Индекс	Формулировка компетенции
ОПК - 9	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
ПК-1	Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза

## 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)	
	ОПК-9	ПК-1
Раздел 1. Общая психопатология .	+	+
Раздел 2. Частная психопатология	+	+

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

ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Индикаторы достижения компетенций	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
ОПК-9.1 Использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека	Не демонстрирует использование знаний об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека либо допускает при этом грубые ошибки	Частично использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека	использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека в достаточном объеме, однако допуская при этом несущественные погрешности.	В полном объеме использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос	ЗАЧЕТ
ОПК 9.2 Оценивает	Не демонстрирует	Демонстрирует	Оценивает	В полной мере оце-	доклад,	ЗАЧЕТ

<p>основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p>	<p>рует умения, знаний и навыков оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека или допускает при этом грубые ошибки</p>	<p>частичные знания, умения и навыки при оценке результатов клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики для решения профессиональных задач</p>	<p>результаты клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики для решения профессиональных задач в полном объеме, однако допуская при этом несущественные погрешности</p>	<p>нивает результаты клинико-лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики для решения профессиональных задач</p>	<p>тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос</p>	
<p>ОПК 9.3 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при решении профессиональных задач</p>	<p>Не демонстрирует умения, знаний и навыков при оценке основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов</p>	<p>Демонстрирует частичные знания, умения и навыки при оценке основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека</p>	<p>Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при решении профессиональных задач в достаточ-</p>	<p>В полном объеме оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при решении профессиональных задач.</p>	<p>доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос</p>	<p>ЗАЧЕТ</p>

	сов в орга- низме челове- ка при реше- нии професси- ональных за- дач.	при решении про- фессиональных задач.	ном объеме, од- нако допуская при этом несуще- ственные погреш- ности.			
--	---	---	--	--	--	--

**ПК-1. Способен к проведению обследования пациента с целью установления диагноза**

Индикаторы до- стижения компе- тенций	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично	Текущий контроль	Промежу- точная ат- тестация
ПК-1.1. Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не получает информации от пациентов пациентов (их родственников/ законных представителей) или получает ее в малом объеме	Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей) в неполном объеме	Получает информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей) в достаточном объеме, однако при этом допускает погрешности	Получает в полной мере информацию от пациентов (их родственников/ законных представителей)	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос	ЗАЧЕТ
ПК-1.2. Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных	Не умеет интерпретировать данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования	Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений	Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультан	Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный	

методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	и заключений консультаций врачей-специалистов	консультаций врачей-специалистов частично	ций врачей-специалистов в полной мере, однако допускает при этом несущественные погрешности	консультаций врачей-специалистов в полном объеме	опрос	
ПК- 1.3. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Не умеет интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Частично интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) в полной мере, однако допускает при этом несущественные погрешности	Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) в полном объеме.	доклад, тестовый контроль, ситуационные задачи, коллоквиум, устный опрос	

#### 4. КОМПЛЕКТ КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

##### Вопросы к зачету

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

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. Опийная наркомания
66. Гашишная наркомания
67. Наркомания от психостимуляторов, галлюциногенов.

## **Вопросы для коллоквиумов**

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

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. Опийная 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.

## Ситуационные задачи по дисциплине Психиатрия, наркология

Задача № 1. Больная 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрической больнице. В отделении необщительна, большую часть времени ничем не занята, обычно сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. Во время беседы с врачом волнуется, слегка дрожит, непрерывно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Отрывок из разговора с больной. Врач: «Почему считаете, что Вы никому не нужны? Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков и Вашим детям трудно было бы без Вас». Больная: «Внуков...наверное, нет уже в живых...нет их...» Врач: «Почему Вы так считаете? Вчера на свидании у Вас был сын, он сказал, что дома все в порядке». Больная: «Не знаю... Наверное, все погибли... Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...» Определить синдром и по возможности, заболевание.

Задача № 2. Больной Ч., 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливал на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать; что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе. Определить синдром и заболевание.

Задача № 3. С., 14 лет, ученица 7-го класса. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла бойкой, подвижной, общительной девочкой: была нежно привязана к матери. В школу пошла с семи лет, училась легко. Увлекалась музыкой, танцами. До седьмого класса была «радостью в семье, нежной и заботливой дочерью». Довольно внезапно летом изменилось поведение: стала груба, раздражительна, ничего не сказав родным, часто пропадала из дому. Посещала компанию «хиппи», одевалась соответственно, начала курить, домой приходила пьяная. Все попытки матери поговорить с дочерью, образумить ее, наталкивались на холодность, грубость. При этом дочь цинично бранилась, угрожала физической расправой. После резкого разговора неделю не жила дома. Заявила, что сожительствует с мужчинами, что вскоре, возможно, выйдет замуж. Отказывалась посещать школу. Неоднократно жестоко избивала мать, требуя денег на сигареты, вино; резала ее платье, пытаясь сшить себе модные наряды. Направлена в психиатрическую клинику. Психическое состояние: контакт формальный. Психически больной себя не считает, требует немедленной выписки. Грозит уходом из отделения. Считает свое поведение обычным: «Мне так нравится, я так хочу жить». В отделении груба, развязна. Выпрашивает у больных сигареты, подговаривает к уходу из клиники. Эмоционально холодна. На свидании с матерью груба, цинично бранится, требует забрать ее домой, грозит «вспомнить ей все дома». Без эмоций и стеснения рассказывает об интимных отношениях с мужчинами,

собирается вскоре выйти замуж. Реальных планов на будущее нет, учиться не будет, «буду встречаться с компанией». Определить синдром и диагноз.

Задача № 4. Больной Р., 24 года, инвалид I группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле, глядя в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное. Иногда, по приглашению больных, садится играть в шахматы. Играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала больницы. На свидание с матерью ходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. В один из дней был взят на лекцию по психиатрии. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечал неохотно, смотрел при этом в сторону. Отрывок из беседы: Профессор: «Почему Вы находитесь в больнице?» Больной: «Не знаю, я здоров, лечение ещё не закончено». Профессор: «Какое же лечение, если Вы здоровы?» Больной молчит, на вопросы не отвечает. Профессор: «Я слышал, что несколько лет назад, Вы прыгнули из окна и сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?» Больной: «Так...встряхнуться захотелось». Профессор: «Вы уже много лет находитесь в ПБ. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?» Больной: «Нет, не хочу. Я здесь останусь». Квалифицировать состояние, заболевание.

Задача № 5. Больной К., 37 лет. Отец алкоголик, замерз пьяный. Мать умерла от рака. Рос и развивался нормально. Окончил 8 классов и техникум. Учился посредственно, много времени проводил на улице. По характеру вспыльчив, обидчив. Со спиртным познакомился в 12 лет, в компании отца. Участь в техникуме, часто употреблял спиртное. Через год утратил рвотный рефлекс. С 24 лет опохмеляется. В последние 5 лет — запои по 20–25 дней с перерывами по 2–3 дня. Абстиненция с каждым годом протекала все тяжелее. В опьянении стал злобен, раздражителен, нередко амнезировал его. Из-за частых пьянок совершал прогулы, получал выговоры, часто менял места работы, выполняя все менее квалифицированную работу. В семье стал невыносим, конфликтовал, избивал жену и детей, продавал вещи. Две недели не выходил на работу, пил. За 3 дня до госпитализации нарушился сон. Вечером услышал мужской голос: «пьяница», «свинья», «подлец», «разорил семью», появилась тревога. На завтра услышал, что за окном двое мужчин говорят о нем, называют по имени, приглашают выпить, бранят. Позже «голоса» разделились: одни обвиняли, угрожали расправой, другие пытались защитить. Бегал по улице, просил помочь ему, прятался у соседей. Бригадой «скорой помощи» доставлен в психиатрическую больницу. При поступлении тревожен, подозрителен. Ориентирован полностью. Испытывает страх. Просил, чтобы его спасли, не дали убить. «Голоса» принимает за реальные, объясняет их тем, что «сговорились», «завистники мстят ему», пытаются навредить. Постоянно слышит мужские голоса, раздающиеся из соседней комнаты, из-за стены; реже женские, которые тоже бранят, «обзывают пропойцей, развратником». В ходе беседы постоянно прислушивается, замолкает, начинает отвечать «голосам» требует «прекратить безобразия». Определить синдром и заболевание.

Задача № 6. Больной Ф., 39 лет. Отец — алкоголик. Мать — вспыльчивая, обидчивая женщина. В детстве развивался нормально. Часто болел простудными заболеваниями. Окончил 8 классов и ПТУ. Работал на заводе слесарем. По характеру — добрый, подчиняющийся. Со спиртными напитками познакомился в 13 лет, когда отец настоял, чтобы сын выпил в день рождения. Служил в армии в течение 3 лет, имел взыскания за выпивку. После демобилизации женился, имеет двух здоровых

детей. Выпивал первые годы 3–4 раза в месяц, затем 2–3 раза в неделю. Вскоре перестал понимать «как это выходные дни без водки провести». Перестал контролировать количество выпиваемого, утратил рвотный рефлекс. Вскоре присоединился синдром похмелья. Пьянствовал вместе с женой, не следили за детьми. Приходил на работу с похмелья, был уволен с завода, устраивался на различные работы, нигде не удерживался больше 3–6 месяцев. В состоянии опьянения скандалил, бил жену, детей. Был лишен родительских прав. Стал пьянеть от 100–150 г водки, употреблял суррогаты. После длительных запоев испытывал устрашающие кошмарные сновидения. Ночью вскакивал, стучал соседям, требуя, чтобы они прогнали чертей с балкона. В связи с неправильным поведением был доставлен в психиатрическую клинику. В отделении вел себя беспокойно, тревожен, не понимал, где находится, кто его окружает. Падал на колени, прося помиловать его, так как считал, что присутствует на суде. В страхе вскакивал, спрашивая: «Зачем сюда пустили чертей?». Называл имена собутыльников, прося у них прощения, обещая вернуть долги. Требовал у персонала перестать подбрасывать ему в постель клопов, тараканов, стряхивал их на пол, перебирал постель, приносил их в кулаке врачу. На чистом листе бумаги увидел приговор. Определить синдром и заболевание.

Задача № 7. 32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какойлибо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой. Квалифицировать состояние

Задача № 8. Больная Б. 44 лет. С детства впечатлительная, обидчивая. В школе хорошо училась, по ее словам, отличалась активностью, целеустремленностью, «любила бороться за правду». Окончила 3 курса юридического факультета. В возрасте 34 лет была осуждена за хулиганство. В местах лишения свободы постоянно конфликтовала с окружающими, были драки с заключенными, отказывалась выходить на работу, объявляла голодовки. Писала массу жалоб, обвиняла администрацию в неправильном к ней отношении, требовала немедленного освобождения. Была направлена в психиатрическое отделение. Психическое состояние: в контакт вступает охотно, на вопросы о своей жизни отвечает уклончиво, лаконично. Охотно, многословно, с детализацией говорит о «непорядках», ею выявленных, не без самодовольства говорит, что «боролась и будет бороться за правду», таких характеров, как у нее, «всего несколько в мире», она все равно «восстановит справедливость», писала пространные заявления на эту тему. Мышление с излишней детализацией. Суждения поверхностные. Эмоционально ригидна, склонна к аффективным вспышкам. Критика недостаточна.

Квалифицировать состояние.

Задача № 9. Мужчина 55 лет, обратился к врачу, так как чувствовал, что не полностью выздоровел после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40° С, головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Через неделю все эти симптомы исчезли, приступил к работе, но заметил трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнил, что читал или слышал. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулся к работе, но попрежнему не мог сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенным и напряженным. Бледен, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устал через несколько цифр и сделал несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнил это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнил 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Без бреда и обманов восприятия. Пациент утверждал, что он полный трезвенник и никогда не принимал ни лекарственных препаратов, ни наркотиков. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц он чувствовал себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли, и мог часами читать, хотя еще и сохранились затруднения при запоминании деталей. Определить синдром и заболевание

Задача № 10. Пациентка 70 лет. По характеру очень организованная. Около двух лет назад появились проблемы с памятью. Стала жаловаться, что не может запомнить имена детей, внуков. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Раньше всегда гордилась своим умением готовить пищу, а сейчас не могла приготовить обед. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка немного неопытна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения, не знала имени президента страны. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной, неясной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала, не справилась даже с легким арифметическим заданием и не смогла посчитать в обратном порядке. Не понимала тяжести своего состояния. Определить синдром и заболевание.

Ответы:

1. Биполярное аффективное расстройство. Депрессивный синдром
2. Биполярное аффективное расстройство. Маниакальный синдром
3. Шизофрения, простая форма. Психопатопоподобный синдром (с эмоционально-волевыми нарушениями)
4. Шизофрения, простая форма. Аптоабулический синдром
5. Хронический алкоголизм 2 ст. Острый алкогольный галлюциноз
6. Хронический алкоголизм 2 ст. Алкогольный делирий
7. Посттравматическое стрессовое расстройство
8. Эксплозивная психопатия

9. Постинфекционная астения. Астенический синдром
10. Болезнь Альцгеймера. Тотальная деменция

**Темы докладов  
по дисциплине Психиатрия и наркология.**

1. Галлюцинаторно-параноидальные синдромы.
2. Аменция и сумеречное расстройство 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.
28. Истерические психозы.
29. Психические изменения при СПИДе.
30. Психические изменения при церебральном сифилисе.
31. Психические изменения в остром периоде травмы мозга.
32. Отдаленные последствия травмы мозга.
33. Ларвированная депрессия.
34. Психические изменения при лобных опухолях.
35. Реактивные психозы.
36. Формы наркоманий

**Тестовые задания**  
**по дисциплине «Психиатрия и наркология».**

1. Для аффективных психозов характерны проявления
  - а) патологического аффекта
  - б) физиологического аффекта
  - в) аффективной неустойчивости
  - г) аффективной патологии
  - д) недержания аффекта
2. Настроение при эндогенной депрессии:
  - а) хуже в утреннее время
  - б) лучше в утреннее время
  - в) не зависит от времени суток
  - г) улучшается после приема пищи
  - д) зависит от факторов окружающей среды
3. Типичное нарушение сна у депрессивных больных:  
\_\_\_\_\_
4. Для депрессивных больных характерно: \_\_\_\_\_  
мышление
5. Для «солнечной» мании характерно:
  - а) зависимость от инсоляции
  - б) зависимость от солнечных бурь
  - в) патологически повышенное настроение
  - г) развитие персекуторного бреда
  - д) раздражительность
6. Для гипомании характерны:  
\_\_\_\_\_
7. Для маниакального неистовства характерны:  
\_\_\_\_\_
8. При каких состояниях встречается гипермнезия:
  - а) депрессия
  - б) астения
  - в) тревога
  - г) мания
  - д) аменция
9. Кто ввел термин «маниакально-депрессивный психоз»?  
\_\_\_\_\_
10. Для профилактической терапии аффективных психозов применяют:  
\_\_\_\_\_
11. Депрессии лечатся:  
\_\_\_\_\_
12. Электросудорожная терапия применяется для лечения:
  - а) маниакального состояния
  - б) эпилепсии
  - в) эндогенной депрессии
  - г) невротоз
  - д) психопатии
13. Для купирования маниакального возбуждения применяется:
  - а) галоперидол
  - б) amitriptilin

- в) ноотропил
- г) лудиомил
- д) пиразидол

14. Смешанные состояния характеризуются сочетанием:

- а) тревоги и депрессии
- б) тревоги и мании
- в) мании и депрессии
- г) депрессии и бреда
- д) мании и бреда

15. Бред Котара встречается при:

16. Цикл в течении аффективных психозов — это интервал времени:

- а) между маниакальной и депрессивной фазой
- б) фаза + интермиссия
- в) фаза + интермиссия + фаза
- г) интермиссия + фаза
- д) мания + интермиссия + депрессия

17. Симптомы психического автоматизма — типичное проявление:

БАР

18. Суицидальные мысли и поведение — проявление:

БАР

19. Апатобулический синдром — проявление:

- а) депрессивной фазы БАР
- б) маниакальной фазы БАР
- в) периода интермиссии при БАР
- г) длительного течения биполярного расстройства
- д) не характерным для БАР

20. Высокую опасность для жизни окружающих представляет больной

во время:

- а) депрессивной фазы БАР
- б) маниакальной фазы БАР
- в) периода интермиссии при БАР
- г) на всех этапах течения БАР
- д) больные БАР обычно не опасны для окружающих

21. Типичная продолжительность депрессивной фазы БАР:

- а) несколько часов (до двух суток)
- б) несколько дней (до недели)
- в) несколько недель (не более 1,5 мес)
- г) несколько месяцев (от 2 до 6)
- д) несколько лет

22. Показанием к оформлению инвалидности при БАР является:

- а) стремление больного к суициду
- б) наличие бреда в структуре приступа болезни
- в) частые и продолжительные приступы заболевания
- г) депрессивный эпизод длительностью более 4 месяцев
- д) больным БАР инвалидность не оформляется

23. Биполярное аффективное расстройство:

- а) как правило, является следствием длительной психотравмирующей

ситуации

- б) у женщин возникает значительно чаще, чем у мужчин
- в) лечат длительным приемом барбитуратов
- г) течет хронически прогрессивно
- д) приводит к быстрой инвалидизации и распаду личности

24. Биполярное аффективное расстройство

а) проявляется исключительно мягкой симптоматикой (невротического уровня)

- б) всегда сохраняется критика к своему состоянию
- в) никогда не приводит к инвалидизации больного
- г) склонно к хроническому фазовому течению
- д) нередко проявляется синдромом Корсакова

25. Мужчина 42 лет, инженер, женат. В момент осмотра спокоен, никаких жалоб не предъявляет. Сообщает, что с 25 лет

периодически с промежутком в 1–2 года возникали приступы либо беспричинной тоски, либо неудержимого веселья и радости.

Несколько раз лечился в стационаре. Сделайте назначения:

- а) аминазин
- б) амитриптилин
- в) мелипрамин
- г) лития карбонат
- д) нет показаний к назначению каких-либо лекарственных средств

26. Солдат срочной службы 18 лет без видимой причины стал неадекватно вести себя: не выполнял приказов командира, не посещал занятий и тренировок, практически ни с кем не общался, заявлял, что ему «все надоело». День проводил в постели, много спал. Предварительный диагноз:

- а) БАР — биполярный тип
- б) БАР — монополярный тип
- в) БАР — континуальное течение
- г) циклотимия
- д) данные противоречат диагнозу «БАР»

27. Мужчина 45 лет, научный сотрудник, без всякой причины стал чрезвычайно активен, постоянно пребывал в приподнятом настроении, шутил, предлагал помощь окружающим, заговаривал на улице с незнакомыми женщинами, говорил много

с напором, легко отвлекался. Предварительный диагноз:

- а) маниакальный синдром
- б) лакунарное слабоумие
- в) тотальное слабоумие
- г) концентрическое слабоумие
- д) псевдодеменция

28. Мужчина 45 лет, научный сотрудник, без всякой причины стал чрезвычайно активен, постоянно пребывал в приподнятом настроении, шутил, предлагал помощь окружающим, заговаривал на улице с незнакомыми женщинами, говорил много с напором, легко отвлекался и переключался на другие темы.

Определите симптом:

- а) слабодушие
- б) ускорение мышления
- в) гиперэстезия
- г) персеверации

д) парафрения

29. Какие из перечисленных ниже симптомов противоречат диагнозу «БАР», если у больного 25 лет имеется:

а) приподнятое настроение

б) выраженная бессонница

в) амнестическая дезориентировка

г) бредовые идеи богатства, стремление дарить свои вещи окружающим

д) быстрая, скачущая речь, временами напоминающая «словесную окрошку»

30. Юноша 16 лет перестал выходить из дома, не посещает школу, ничем не занят, не предъявляет жалоб, больным себя не считает. До 8-го класса отлично учился, был прилежен, привязан к родителям. С 8-го класса стал груб, неуправляем, потерял

интерес к учебе, бродяжничал. Наиболее вероятный диагноз:

а) БАР — монополярный тип

б) БАР — биполярный тип

в) БАР — тип continua

г) циклотимия

д) нет данных, свидетельствующих о наличии биполярного аффективного расстройства

Реализуемые компетенции	Номера вопросов
ОПК – 9	1-15
ПК – 1	16-30

## 5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания компетенции

### 5.1 Критерии оценивания качества ответа на коллоквиуме

Оценка **«отлично»** выставляется за глубокое знание предусмотренного программой материала, за умение четко, лаконично и логически последовательно отвечать на поставленные вопросы.

Оценка **«хорошо»** – за твердое знание основного (программного) материала, за грамотные, без существенных неточностей ответы на поставленные вопросы.

Оценка **«удовлетворительно»** – за общее знание только основного материала, за ответы, содержащие неточности или слабо аргументированные, с нарушением последовательности изложения материала.

Оценка **«неудовлетворительно»** – за незнание значительной части программного материала, за существенные ошибки в ответах на вопросы, за неумение ориентироваться в материале, за незнание основных понятий дисциплины.

### 5.2 Критерии оценивания тестирования

При тестировании все верные ответы берутся за 100%.

90%-100% отлично

75%-90% хорошо

60%-75% удовлетворительно

менее 60% неудовлетворительно

### 5.3 Критерии оценивания выполнения реферата (доклада)

- оценка **«отлично»** выставляется, если выполнены все требования к написанию и защите реферата(доклада): 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 (докладу) 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 (доклада) не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

### 5.4 Критерии оценки ситуационных задач:

- оценка **«отлично»** ставится обучающемуся если: ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями на анатомических препаратах, с правильным и свободным владением анатомической терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

- оценка **«хорошо»** ставится обучающемуся если: ответ на вопрос задачи дан

правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

- оценка **«удовлетворительно»** ставится обучающемуся если: ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

- оценка **«неудовлетворительно»** ставится обучающемуся если: ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций на анатомических препаратах или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

### **5.5 Критерии оценивания качества устного ответа**

Оценка **«отлично»** выставляется за глубокое знание предусмотренного программой материала, за умение четко, лаконично и логически последовательно отвечать на поставленные вопросы.

Оценка **«хорошо»** – за твердое знание основного (программного) материала, за грамотные, без существенных неточностей ответы на поставленные вопросы.

Оценка **«удовлетворительно»** – за общее знание только основного материала, за ответы, содержащие неточности или слабо аргументированные, с нарушением последовательности изложения материала.

Оценка **«неудовлетворительно»** – за незнание значительной части программного материала, за существенные ошибки в ответах на вопросы, за неумение ориентироваться в материале, за незнание основных понятий дисциплины.

### **Критерии оценивания результатов освоения дисциплины на зачете.**

Оценка **«зачтено»** выставляется, если ответ логически и лексически грамотно изложенный, содержательный и аргументированный ответ, подкрепленный знанием литературы и источников по теме задания, умение отвечать на дополнительно заданные вопросы; незначительное нарушение логики изложения материала, периодическое использование разговорной лексики, допущение не более одной ошибки в содержании задания, а также не более одной неточности при аргументации своей позиции, неполные или неточные ответы на дополнительно заданные вопросы; незначительное нарушение логики изложения материала, периодическое использование разговорной лексики при допущении не более двух ошибок в содержании задания, а также не более двух неточностей при аргументации своей позиции, неполные или неточные ответы на дополнительно заданные вопросы.

Оценка **«не зачтено»** выставляется, если в ответе допущено существенное нарушение логики изложения материала, систематическое использование разговорной лексики, допущение не более двух ошибок в содержании задания, а также не более двух неточностей при аргументации своей позиции, неправильные ответы на дополнительно заданные вопросы; существенное нарушение логики

изложения материала, постоянное использование разговорной лексики, допущение не более трех ошибок в содержании задания, а также не более трех неточностей при аргументации своей позиции, неправильные ответы на дополнительно заданные вопросы; полное отсутствие логики изложения материала, постоянное использование разговорной лексики, допущение более трех ошибок в содержании задания, а также более трех неточностей при аргументации своей позиции, полное незнание литературы и источников по теме вопроса, отсутствие ответов на дополнительно заданные вопросы.

## Аннотация дисциплины

Дисциплина (Модуль)	Педиатрия
Реализуемые компетенции	<b>ОПК-9, ПК-1.</b>
Индикаторы достижения компетенций	<p>ОПК-9.1 Использует знания об анатомии, гистологии, эмбриологии, топографической анатомии, физиологии, патологической анатомии и физиологии органов и систем человека</p> <p>ОПК 9.2 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ОПК 9.3 Оценивает основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при решении профессиональных задач</p> <p>ПК-1.1. Получает информацию от пациентов (их родственников/законных представителей)</p> <p>ПК-1.2. Интерпретирует данные первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p> <p>ПК- 1.3. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, орто-пантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p>
Трудоемкость, з.е.	108/3
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	Зачет-10 семестр.