

**ФГБОУ ВО  
«Ижевская государственная медицинская академия»**

**Методические разработки для преподавателей**

По дисциплине: ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ  
Преподаваемой на кафедре психиатрии, наркологии и  
медицинской психологии  
Для студентов 4 курса стоматологического факультета

Ижевск - 2017

В процессе преподавания педагог решает несколько основных задач:

- обучить студентов основам профессиональной деятельности врача-психиатра: диагностики, фармакотерапии, психотерапии, личностной коррекции и реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- познакомить обучающихся с современными возможностями лечения и коррекции психических расстройств и расстройств поведения;
- привить обучающимся навыки деонтологии, морально-этической и правовой культуры, необходимые для обслуживания пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Распределение тем клинических практических занятий:

**Тематический план  
практических занятий по дисциплине «психиатрия и наркология»**

п/№	Наименование тем клинических практических занятий	Объем в АЧ
1	Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Основы законодательства РФ в области психиатрической помощи.	4
2	Расстройства ощущений и восприятия. Расстройства внимания.	4
3	Расстройства интеллекта. Расстройства памяти.	4
4	Расстройства мышления.	4
5	Расстройства эмоционально-волевой сферы. Расстройства психомоторной сферы.	4
6	Расстройства сознания.	4
7	Расстройства личности.	4
8	Психогенные психические расстройства.	4
9	Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя.	4
10	Наркомании и токсикомании.	4
11	Психические расстройства при органических заболеваниях головного мозга.	4
12	Шизофрения.	4
13	Аффективные расстройства.	4

14	Психические расстройства при эпилепсии.	4
15	Умственная отсталость	4
16	Лечение и реабилитация психически больных.	4
17	Неотложные состояния в психиатрии и их терапия.	4
	ИТОГО (всего - АЧ)	68

### **Практическое занятие 1.**

#### **Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Основы законодательства РФ в области психиатрической помощи.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. Психически больной имеет право на:
  - А) Санаторно-курортное лечение.
  - Б) Занятие соответствующей профессиональной деятельностью.
  - В) Участие в голосовании, если он не признан в законодательном порядке недееспособным.
  - Г) Все перечисленное.
  
2. В течение, какого времени пациент может находиться недобровольно в психиатрическом стационаре без санкции судьи:
  - А) 24 часа.
  - Б) 48 часов.
  - В) 72 часа.
  
3. В течение какого времени должно поступить в суд заявление и результаты комиссионного освидетельствования пациента, госпитализированного в недобровольном порядке:
  - А) 24 часа.
  - Б) 48 часов.
  - В) 72 часа.
  
4. Диспансерное наблюдение за психически больным устанавливается в случае:
  - А) Хронического или затяжного течения заболевания.
  - Б) Выраженности психических расстройств, не зависимо от их длительности.
  - В) Хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

5. Является ли решение судебно-психиатрической экспертной комиссии обязательным для суда:

- А) Обязательно всегда.
- Б) Обязательно в специально оговоренных случаях.
- В) Традиционно обязательно.
- Г) Необязательно.

Ответы: 1 – Г; 2 – В; 3 – В; 4 – В; 5 – Г.

### **Методические указания**

Задача, практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации об организации психиатрической помощи в Российской Федерации. Особое внимание уделяется условиям психиатрического освидетельствования, показаниям для стационарного и амбулаторного лечения, правам и обязанностям пациентов и медицинского персонала.

Средства выполнения задачи – изучение и обсуждение текста Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», других нормативных документов по организации психиатрической помощи, выполнение задач по изучаемой теме.

### **Практическое занятие 2.**

#### **Расстройства ощущений и восприятия. Расстройства внимания.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ БЫЛИ ОПИСАНЫ:

- А) Корсаковым;
- Б) Крепелином;
- В) Кандинским;
- Г) Блейлером.

2. ГИПЕРЭСТЕЗИЯ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ:

- А) Галлюцинаторно-бредового синдрома;
- Б) Апатико-абулического синдрома;
- В) Астенического синдрома;
- Г) Синдрома лакунарной деменции

3. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:
- А) Панорамические;
  - Б) Сложные;
  - В) Простые;
  - Г) Элементарные.
4. ОТМЕТИТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ИСТИННЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ:
- А) Являются для большого частью реального мира;
  - Б) Ярче по утрам;
  - В) Чрезвычайно изменчивы;
  - Г) Воспринимаются сверхчувственно.
5. КАКИЕ ИЛЛЮЗИИ, ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ, МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ:
- А) Аффективные;
  - Б) Вербальные;
  - В) Парэйдолические;
  - Г) Никакие.

Ответы: 1 – В; 2 – В; 3 – Г; 4 – А; 5 – А.

### **Методические указания.**

Практическое занятие начинается с установления уровня исходных знаний у студентов, без чего невозможно выполнение задачи занятия.

В начале занятия 5-10 минут отводится студентам для самоконтроля по вопроснику. Контроль преподавателя состоит в опросе каждого студента по вопроснику и по дополнительным, уточняющим материал, вопросам и занимает 15-20 минут.

В соответствии с контрольными вопросами, отметить условно-рефлекторный характер ощущений и восприятий, показать зависимость: восприятия от прошлого опыта, от внимания, установки, эмоционального состояния. Выделить различие образов восприятия и представления, а также связь восприятий и представлений с деятельностью анализаторов и с первой сигнальной системой.

Рассматривая вопрос об иллюзиях и галлюцинациях следует дать их описание по Эскиролю и деление по анализаторам на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, осязательные, соматические. При выделении различных форм галлюцинаций - прежде всего, ограничиваются истинные галлюцинации от псевдогаллюцинаций. Кроме того, надо дать понятие о функциональных галлюцинациях и об их отличиях от иллюзий, о сновидных галлюцинациях в форме гипногических и гипнопических об элементарных галлюцинациях в форме акаозмов и фотопсий.

При рассмотрении, вопроса о психосенсорных нарушениях надо выяснить различие между дереализацией, деперсонализацией, обращаясь при этом к клиническим примерам и иллюстративному материалу. Следует остановиться на психосенсорных нарушениях типа нарушения восприятия величины (микро- и макропсии), формы (метаморфопсии) и др., феноменах «уже видено», «никогда не видено».

Необходимо остановиться на объективных признаках галлюцинаций, клиническом значении расстройств восприятия. Дать студентам четкое представление о галлюцинозах (алкогольном, травматическом, шизофреническом, энцефалитическом) и о делирии (алкогольном, травматическом, инфекционном).

Выясняя патофизиологические теории галлюцинаций следует отметить связь галлюцинаций с патологической инертностью, раздражительного процесса в первой или второй сигнальной системе, значение гипнотических фазовых состояний по И.П. Павлову и показать, что сновидные галлюцинации обусловлены возникновением парадоксальной и уравнивающей фаз в коре головного мозга (тормозная теория Е.А. Попова). Отметить связь психосенсорных нарушений с гипнотическими фазовыми состояниями.

Следует остановиться на рассмотрении определения внимания - индивидуальной способности сконцентрировать психические процессы на определенном объекте, на определенном явлении, сосредоточиться на нем. Внимание может быть и кратковременным процессом и длительным состоянием. От сохранности внимания, полноты и совершенства его отдельных качеств зависят ощущения и восприятия, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека и в конечном итоге само сознание.

Различается внимание произвольное (активное), когда оно не обусловлено волевым актом человека. В основе произвольного внимания лежит безусловный ориентировочный рефлекс. Произвольное (активное) внимание обусловлено волевым актом, связано с сознательно поставленной целью. Среди клинических форм расстройства внимания следует отметить гиперметаморфоз внимания - повышенную отвлекаемость часто, встречающуюся при состояниях растерянности, трудность быстрого переключения внимания, «прикованность» к определенному кругу явлений. В качестве, клинических примеров можно отметить нарушения внимания при маниакальном синдроме, при остром бредовом состоянии, при депрессии, при эпилепсии.

### **Практическое занятие 3.**

#### **Расстройства интеллекта. Расстройства памяти.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:
  - А) Синдрома Корсакова;
  - Б) Депрессивного синдрома;
  - В) Синдрома Кандинского;
  - Г) Онейроидного синдрома.
  
2. КАКОМУ ВИДУ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ ПРЕДШЕСТВУЕТ КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ:
  - А) Прогрессирующей амнезии;
  - Б) Конфабуляциям;
  - В) Ретроградной амнезии;
  - Г) Криптомнезиям.
  
3. ПО ЗАКОНУ РИБО ПРОТЕКАЕТ:
  - А) Фиксационная амнезия;
  - Б) Прогрессирующая амнезия;
  - Г) Антероградная амнезия;
  - Д) Ретроградная амнезия.
  
4. ПРИ ЛАКУНАРНОЙ ДЕМЕНЦИИ НЕ НАРУШЕНА СПОСОБНОСТЬ К:
  - А) Абстрагированию;
  - Б) Комбинаторике;
  - В) Обобщению и выбору;
  - Г) Самокритике.
  
5. ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ:
  - А) ретроградная амнезия;
  - Б) фиксационная амнезия;
  - В) истерическая амнезия
  - Г) Прогрессирующая амнезия

Ответы: 1 – А; 2 – В; 3 – Б; 4 – Г; 5 – В).

### **Методические указания.**

Память - это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано. При анализе определения памяти, необходимо остановиться, на каждом из условно выделяемых этапов процесса памяти: запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании. Касаясь клинических проявлений расстройств памяти следует дать студентам обследовать больных с гипермнезией, если таковые случаи встречаются в клинике, гипомнезией и амнезией, парамнезией, амнестическим синдромом.

Вопрос об амнестическом (корсаковском) синдроме уместно связать с раскрытием важности выделения нозологической формы - корсаковского

психоза, подчеркнуть клинические особенности указанной нозологической формы.

Говоря о гипомнезиях и амнезиях следует дать понятие о наиболее часто встречающихся заболеваниях, при которых наблюдается снижение и выпадение памяти - дисмнестические формы деменции, прогрессирующая амнезия при старческом слабоумии.

Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвития интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме слабоумия разных степеней (идиотия, имбецильность, дебильность) и снижении уровня интеллекта, что клинически выражается в форме слабоумия, надо отметить различие слабоумия по глубине - частичное (лакунарное) и полное (тотальное), по видам - паралитическое, эпилептическое, старческое и пр.

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметить, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

#### **Практическое занятие 4. Расстройства мышления.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАЛИЧИЕ БРЕДА ЭТО - 1. Всегда признак психоза. 2. Свидетельство об особенностях характера. 3. Явление, которое нередко встречается и у здоровых. 4. Явление, которое не говорит еще ни о здоровье, ни о болезни.
2. БЕССВЯЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. Делирия; 2. Амнезии; 3. Онейроида; 4. Сумеречного состояния.



3. ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ – ЭТО: 1. Вид сумеречного состояния; 2. Вариант галлюцинаций; 3. Разновидность иллюзий; 4. Чувство постороннего воздействия.
4. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ: 1. Самообвинения; 2. Ущерба; 3. Воздействия; 4. Ревности.
5. УКАЗАТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ: 1. Отсутствие критики; 2. Появление только вечером; 3. Восприятие в субъективном пространстве; 4. Быстрое угасание.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 4; 4 – 3; 5 – 3.

### **Методические указания.**

В практическом занятии необходимо разъяснить студентам основные физиологические и психологические данные относительно мышления. Дать определение мышлению, как высшей формы отражения мозгом человека внутренних связей сущности явлений объективной реальности.

В соответствии с контрольными вопросами раскрыть перед студентами, что физиологической основой мышления является сочетанная деятельность сигнальных систем, главным образом второй сигнальной системы, отражающей на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и будущее. При этом образуются условные рефлексы - временные связи - ассоциации.

Процесс мышления протекает с использованием запаса знаний, опыта и при активном участии памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы.

При психических заболеваниях патологически нарушаются качества мышления. О патологии мышления судят по речи больного, по письменному изложению переживаний.

Для удобства клинического изучения расстройств мышления их следует сгруппировать по патологии темпа, стройности и целенаправленности.

При изучении патологии темпа мышления надо выделить для курации студентам больного с ускорением или замедлением ассоциаций, возникающих в единицу времени. При демонстрации больного и при описании психического статуса больного должно быть четкое представление о скачке идей, заторможенности, обстоятельности, персеверации, шперрунге. При изучении патологии стройности мышления следует продемонстрировать разорванность, бессвязность, вербигерацию, используя речь больного или его творчество. При изучении патологии целенаправленности мышления следует показать студентам резонерство, аутистическое мышление, символическое мышление, неологизмы.

Следует связать изучение патологии мышления с нозологическими формами, при которых она наиболее часто встречается. При анализе примеров разорванности мышления: следует упомянуть, что такого рода симптоматика наиболее часта при шизофрении, в зависимости от курируемых больных

следует связать патологию мышления в форме обстоятельности - с эпилепсией, скачку идей - с маниакальным состоянием и т.п.

На клинических примерах раскрыть определение бредовой идеи как симптома психического заболевания – т.е. неверного умозаключения, не поддающегося разубеждению и возникающего в связи с патологией высшей нервной деятельности головного мозга, а также противопоставить бредовую идею ошибкам суждения в виде религии и суеверий.

Классификацию бредовых идей по содержанию, по степени систематизации необходимо подавать только на клинических, примерах, давая студентам для исследования и описания психического статуса больных с бредовыми идеями преследования, всех разновидностей бреда преследования - бред воздействия химического, физического, гипнотического и пр., бред отравления, обвинения,; ущерба и пр., бредовыми идеями величия - бред богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства и пр., бредовыми идеями, самоуничтожения - бред греховности, самообвинения, ипохондрический, нигилистический и пр. В каждом случае следует касаться классификации бреда по систематизации - отнести его к бреду толкования или к образному (чувственному) бреду.

Уместно указать нозологическую форму психического заболевания, при которой наиболее закономерно встречаются бредовые идеи, используя при этом больных, которых обследуют студенты (параноидная форма шизофрении, сифилитический психоз, алкогольный параноид; и пр.).

Сверхценные идеи следует доказать в динамическом развитии - вначале как естественную психологическую реакцию на реальные события, затем - патологическое преобразование суждений, занявших не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Навязчивые явления (обсессии) заключаются в произвольном, непреодолимом возникновении мыслей, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и при сохранности критики к ним, чем они отличаются от бреда.

Следует остановиться на отвлеченных навязчивостях - бесплодное мудрствование, навязчивый счет и пр. и на образных формах навязчивостей, среди которых наиболее важно рассмотреть фобии (агорафобия, клаустрофобия, канцерофобия, танатофобия, кардиофобия и пр.

Уместно связать изучение клинических данных обсессий с клиническими примерами, продемонстрировать больного или историю болезни, выписки из историй болезни, указав нозологические формы, при которых наиболее часто встречаются навязчивые явления (обсессивно-фобический невроз, обсессивно-компульсивный невроз).

## **Практическое занятие 5.**

## **Расстройства эмоционально-волевой сферы. Расстройства психомоторной сферы.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Подавленное, тоскливое настроение; 2. Заторможенность мышления; 3. Суицидальные мысли; 4. Двигательная заторможенность.
2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Повышение настроения; 2. Улучшение состояния к вечеру; 3. Ускорение течения ассоциаций; 4. Двигательное возбуждение.
3. ДИСФОРΙΑ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1.Тоскливостью; 2.Тоскливой тревожностью; 3.Злобной тоскливостью; 4.Повышенным настроением с оттенком гневливости.
4. ГИПОБУЛИЯ – ЭТО: 1.Усиление волевой активности; 2.Исчезновение волевой активности; 3.Ослабление волевой активности; 4.Искажение волевой активности.
5. ГИПЕРБУЛИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ: 1.Парафренного синдрома; 2.Маниакального синдрома; 3.Депрессивного синдрома; 4.Кататонического синдрома.

Ответы: 1 – 3; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

### **Методические указания.**

В практическом занятии необходимо показать связь эмоциональной сферы с психомоторикой - мимикой, позой, движениями.

Эмоции - это выражение субъективного отношения человека к тому, что он в данный момент ощущает и воспринимает, представляет в своем воображении и вспоминает, осмысляет и познает.

Следует отметить классификацию эмоций на низшие и высшие; указать, что низшие эмоции связаны с безусловно-рефлекторной деятельностью, с инстинктами, высшие - с условно-рефлекторной деятельностью, на отрицательные и положительные; на стенические и астенические. Разбирая вопрос о физиологической основе, чувств отметить их связь с безусловными и условными рефлексами, с установкой динамического стереотипа, с вегетативной нервной системой, её подкорковыми образованиями и представительством в коре.

В соответствии с контрольными вопросами необходимо дать четкое понятие о делении эмоций в зависимости от силы и длительности: а/ настроение - нерезко выраженное и сравнительно длительное эмоциональное состояние; б/ страсть- сильное, глубокое стойкое чувство; в/ аффект – бурная, но кратковременная эмоция, «эмоциональный взрыв».

Рассматривая вопрос об аффектах необходимо остановиться на различии физиологического и патологического аффектов, отметив такие признаки, как нарушение сознания на высоте аффекта, амнезия на этот период, недостаточная мотивация поступков, чрезмерная иррадиация аффекта, слишком выраженная вегетативно-вазомоторная и психомоторная реакция. Отметить судебно-психиатрическое значение патологического аффекта.

Следует дать клиническую классификацию нарушений эмоциональной сферы: гипестезия, связанная, с высоким порогом чувственного возбуждения; чувственная гиперестезия с низким порогом чувственного возбуждения, которая выражается в виде слабодушия и эмоциональной лабильности. Остановиться на чувственной амбивалентности, а также на извращении, неадекватности эмоциональной сферы, указать на симптомы гипотимических нарушений - депрессию, дисфорию; гипертимических нарушений - маниакальное состояние, эйфорию, морию, экстатическое состояние.

Рассматривая вопрос о расстройстве настроения следует указать на особенности гипертимических состояний при маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, опухолях головного мозга, токсической эйфории при алкогольном опьянении, при действии морфия и закиси азота, при дурашливой веселости при гебефренном возбуждении, экстатическом состоянии при эпилепсии. Отметить своеобразие депрессивного состояния и характер тоски при маниакально-депрессивном психозе, при реактивной депрессии, при инволюционной меланхолии, особенности предсердечной тоски и взрыва тоскливости.

Особо следует отметить методику исследования и описания эмоциональных расстройств, недопустимость терминологических формулировок без клинического описания симптомов. При описании расстройств эмоциональности следует исходить из состояния психомоторики, т.е. той стороны психической деятельности, которая отражает эмоциональность. В неё входит мимика, походка, поза, выразительные индивидуальные движения, тональность речи, громкость голоса.

В практическом занятии необходимо раскрыть понятие воли, как индивидуальной способности к сознательной, целеустремленной психической деятельности, связанной с преодолением препятствий. Следует подчеркнуть, что в осуществлении двигательных-волевых актов большую роль играют сознание, мышление и интеллект, которые участвуют в подготовке и выполнении волевых актов.

Рассматривая клинические формы расстройств волевой произвольной деятельности, надо особо отметить искусственность этого разделения. Остановиться на гипобулии - понижении волевой активности, гипербулии - патологическом повышении волевой активности, абулии - отсутствии волевых побуждений и стремлений, что обычно сочетается с апатией (апатико-абулический синдром).

Парабулия - извращение воли и влечений. К расстройствам влечений относятся пиромания, kleптомания, дромомания и др. К парабулическим двигательным нарушениям относятся парамимия, импульсивность.

Для демонстрации двигательно-волевых нарушений следует рассмотреть кататоническое возбуждение с парабулическими явлениями (парамимия, эхολалия, эхопраксия, импульсивность).

### **Практическое занятие 6. Расстройства сознания.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОЛНОЕ ПОГРУЖЕНИЕ В МИР ФАНТАСТИЧЕСКИХ ГРЕЗЕПОДОБНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Сумерках; 4. Онейроиде.
2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Отрешенность от реального мира; 2. Наплыв иллюзий и галлюцинаций; 3. Непоследовательность мышления, вплоть до бессвязности; 4. Дезориентировка.
3. НАПЛЫВ ЗРИТЕЛЬНЫХ ИЛЛЮЗИЙ И ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Онейроиде; 4. Сумерках.
4. СТУПОР – ЭТО: 1. Вариант нарушения сознания; 2. Двигательное оцепенение; 3. Вид бреда; 4. Особый синдром.
5. УКАЗАТЬ СИНДРОМ, ОТРАЖАЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЙ УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: 1. Галлюцинаторно-бредовый; 2. Делириозный; 3. Депрессивный; 4. Навязчивостей.

Ответы: 1 – 4; 2 – 2; 3 – 1; 4 – 2; 5 – 2.

#### **Методические указания.**

Следует рассмотреть определение сознания: высшая, специфически человеческая форма отражения действительности, которая возникает и формируется в процессе общественно выработанных представлений, понятий, в процессе повседневной трудовой деятельности человека. Это философское, гносеологическое определение сознания.

Клиническое определение сознания: - сознание - это человеческая психика в целом, в её общественно-исторической обусловленности, это внутренняя сущность любого человеческого психического процесса.

Физиологическая сущность сознания - функционирование определенной части головного мозга, обладающей в данное время оптимальной возбудимостью (И.П. Павлов).

Следует остановиться на рассмотрении общих признаков, свойственных всем синдромам патологии сознания (Ясперс), подчеркнув, что для диагноза патологии сознания необходимо установить наличие всех указанных признаков: а/ затруднение или полная невозможность восприятия окружаю-

щего; б/ дезориентировка в/ нарушение мышления - бессвязность, слабость суждений; г/ отрывочность воспоминаний, амнезия.

Наиболее подробно следует остановиться на рассмотрении клинических форм патологии сознания, иллюстрируя их показом больных, клиническими задачами, таблицами, связывая их возникновение с действием вредных факторов на мозг человека (инфекции, интоксикации, травмы).

Патология сознания обычно рассматривается в двух группах: состояния выключения (количественные нарушения сознания) - оглушение, сопор, кома, помрачение сознания – (качественное нарушение) – делирий, онейроид, сумерки, аменция и др., однако, следует отметить, что это деление весьма условно. Привести примеры сложных синдромов нарушенного сознания – напр. делириозно-аментивного. Указать на нестойкость и кратковременность синдромов нарушенного сознания, колебания глубины выключения и помрачения сознания, серьезность прогностического их значения.

В качестве критериев ясности сознания используют: правильность различных видов ориентировки; правильность акта восприятия, осмысления, эмоционально-двигательных проявлений; выявление степени последующей амнезии или её отсутствие.

Понятие о психосоматических и соматопсихических отношениях. Психосоматическое балансирование. Соматические нарушения, обусловленные психическим заболеванием (ургентная патология, галлюцинаторно-бредовые расстройства, депрессия).

## **Практическое занятие 7. Расстройства личности.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАПРЯЖЕННАЯ АВТОРИТАРНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:  
1.Истероидов; 2.Циклоидов; 3.Эпилептоидов; 4.Шизоидов.
2. НАЛИЧИЕ ПСИХЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПРОПОРЦИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:  
1.Реалистическим мышлением; 2.Эмоциональным мышлением;  
3.Аутистическим мышлением; 4.Разорванным мышлением.
3. ДЕМОНСТРАТИВНОСТЬ – ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК:  
1.Психастеничности; 2.Шизоидности; 3.Истероидности;  
4.Эпилептоидности.
4. ТРЕВОЖНАЯ МНИТЕЛЬНОСТЬ – ЧЕРТА: 1.Шизоидов; 2.Астеников;  
3.Психастеников; 4.Циклоидов.
5. СКЛОННОСТЬ К ТРЕВОЖНЫМ СОМНЕНИЯМ ПРИСУЩА:  
1.Астеникам; 2.Психастеникам; 3.Эпилептоидам; 4.Истероидам.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 4 – 3; 4 – 2; 5 – 2.

### **Методические указания.**

Содержание занятия. Определение расстройства личности (психопатии). Этиопатогенез (ядерные, органические, краевые). Критерии диагностики Ганнушкина-Кербикова (тотальность, стабильность, социальная дезадаптация). Критерии диагностики расстройств личности в МКБ-10. Астеническая психопатия (зависимое и избегающее расстройство личности). Психастеническая психопатия (ананкастическое расстройство личности). Шизоидная психопатия (шизоидное расстройство личности). Эпилептоидная психопатия (порганичное расстройство личности эмоционально-лабильный тип). Циклоидная психопатия. Неустойчивая психопатия (диссоциальное расстройство личности). паранойяльная психопатия (параноидное расстройство личности). Динамика расстройств личности (компенсация и декомпенсация). Варианты декомпенсации (реакции, фазы, развития). Фармакологическая и психотерапевтическая коррекция. Экспертиза. Содержание темы: определение психопатии, ее границы, классификация, лечение.

Раздел о психопатии является наиболее трудным для усвоения как в смысле определения сущности психопатий, так и определения границ психопатической личности и отграничения ее от других болезненных состояний.

В тех случаях, когда в лекционном курсе отсутствует лекция о психопатиях, практические занятия должны начинаться с определения, что такое психопатия.

Под психопатиями надо понимать такой патологический склад характера, в котором дисгармонично сочетаются неустойчивость эмоциональных реакций и поведения с нормальным, иногда и высоким интеллектом. Эта дисгармоничность является выражением врожденной неполноценности. Психопатия не есть болезнь, а есть патологический характер. Психопатические черты характера выявляются таким образом с первых лет жизни. Влияние внешней среды, воспитание в определенных социальных условиях могут либо смягчить, либо усиливать врожденные психопатические черты характера.

Демонстрация больного с психопатией крайне необходима, без чего понимание сложной проблемы психопатий будет очень затруднено. Собеседование с психопатом требует особого методического приема, которому надо обучить будущих врачей. Психопат должен иметь возможность самостоятельно, без соответствующего активного вмешательства врача, рассказать о своей жизни, о становлении своего характера, о взаимоотношениях с окружающими, о своих жизненных установках. Только в такой спонтанной передаче с очевидностью можно уловить психопатическую структуру характера.

В коррекции психопатии необходимо подчеркнуть основную роль социальной среды и выработки у психопата установки на полезную трудовую деятельность.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования от-

клонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного.

Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

## **Практическое занятие 8. Психогенные психические расстройства.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. **УКАЖИТЕ, КАКОЙ ВИД КОНФЛИКТА ВЕДЕТ К НЕВРОТИЗАЦИИ:**  
1. Острый межличностный. 2. Хронический межличностный. 3. Хронический внутриличностный неосознаваемый. 4. Хронический внутриличностный осознаваемый.
2. **КАКАЯ СИМПТОМАТИКА НАЗЫВАЕТСЯ «ОБЩЕНЕВРОТИЧЕСКОЙ»:** 1. Астеническая. 2. Депрессивная. 3. Ипохондрическая. 4. Психопатическая.
3. **НАЛИЧИЕ ПСИХАСТЕНИЧЕСКИХ ЧЕРТ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К:**  
1. Любому виду невроза. 2. Неврастении. 3. Неврозу навязчивых состояний. 4. Истерическому неврозу.
4. **НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОБИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:** 1. Кардиофобия. 2. Кляустрофобия. 3. Агорафобия. 4. Фобофобия.
5. **УКАЗАТЬ ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ (ПО Б. В. ИОВЛЕВУ):** 1. «Не имею достаточно сил, но хочу». 2. «Не имею права, но хочу». 3. «Боюсь ответственности, но хочу».

Ответы: 1 – 3; 2 – 1; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

### **Методические указания.**

Содержание занятия. Изучение раздела психогений, которые составляют главное содержание так называемой малой психиатрии, имеет исключительное значение для врачей непсихиатров. При изучении этого раздела в курсе психиатрии особенно отчетливо выявляется тесная связь между соматической медициной и психиатрией.

Больные с неврозами чаще обращаются за медицинской помощью к невропатологам, терапевтам, врачам санатория. Представление о психогенных заболеваниях. Невроз как психогенное, конфликтогенное психическое расстройство. Преморбид, внутриличностный конфликт, клинические особенности и течение основных неврозов (неврастении, фобического невроза, обсессивно-компульсивного невроза, истерического (конверсионного) невроза). Динамика астенического синдрома при неврастении (гиперстения, раз-



дражительная слабость, гипостения). Динамика фобического синдрома (паническая атака, кардофобия, агорофобия, фобофобия). Обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивые сомнения, мизофобия, навязчивая медлительность, контрастные навязчивости). Конверсионные и диссоциативные расстройства. Невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности. Этапы невротического развития (соматических жалоб, невротической депрессии, нажитой психопатизации). Соматоформные расстройства как вариант этапа соматических жалоб. Разновидности соматоформных расстройств. Связанные со стрессом расстройства (адаптационные реакции, посттравматическое стрессовое расстройство). Варианты течения посттравматического стрессового расстройства. Реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции, подострые реактивные психозы, истерические психозы). Тактика и экспертиза при реактивных психозах. Терапия при психогенных расстройствах невротического и психотического уровня. Психотерапия. Психотерапия, виды и показания.

При разборе больных с неврастенией, кроме знакомства с клиническими особенностями и течением самого невроза (о чем всегда хорошо рассказывает сам больной), нужно обратить внимание студентов на дифференциальные критерии неврастения, как невроза от неврастенического синдрома. При этом очень важно напомнить студентам, что с неврастенического синдрома могут начинаться многие психические, неврологические и даже соматические заболевания (прогрессивный паралич, пресенильный психоз, шизофрения, болезнь Боткина и др.).

Истерия относится к числу тех заболеваний, которые могут выражаться синдромами психопатологическими, неврологическими и соматическими. Именно клиническим полиморфизмом истерии объясняется трудность диагностики этого невроза. Для облегчения усвоения этого сложного раздела необходимо дать возможность студентам курировать больных с истерией, протекающей с выраженными психопатологическими синдромами, а также в форме вегетосоматических расстройств. Ко второй группе—больные с истерическими параличами, сурдомутизмом, амаврозом, неукротимой рвотой, истерическими непроходимостью, спазмами и т. д. Удельный вес расстройств второй группы несомненно более значителен, так как больные с этими симптомами лечатся у врачей-соматиков. Студентами должны быть проработаны дифференциально-диагностические критерии истинных соматических заболеваний от истерических. При этом, очень важно, чтобы студенты поняли одно чрезвычайно важное обстоятельство, что за так называемыми «истерическими» расстройствами может скрываться тяжелое органическое, соматическое заболевание: опухоль мозга, энцефалит, раковая болезнь, гипертоническая, язвенная болезнь.

В разделе тревожных расстройств одним из самых трудных является вопрос о границах между ними. Эти особенности должны быть подчеркнуты в истории болезни курирующими студентами.

Для установления диагноза обсессивно-фобического или обсессивно-компульсивного невроза студентов надо обучить методу клинического анализа полученных анамнестических данных.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного.

Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

### **Практическое занятие 9.**

#### **Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УТРАТА СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ЭТО СИМПТОМ: 1. Бытового пьянства; 2. Первой стадии алкоголизма; 3. Второй стадии алкоголизма; 4. Третьей стадии алкоголизма.
2. НА ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛКОГОЛЮ: 1. нарастает; 2. держится на максимальном уровне; 3. снижается.
3. К ПРИЗНАКАМ ПЕРВОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. рост толерантности к алкоголю; 2. утрата защитного рвотного рефлекса; 3. потеря количественного контроля; 4. сформированный абстинентный синдром.
4. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ РАЗВИВАЕТСЯ: 1. на фоне запоя; 2. на вторые –третьи сутки после окончания запоя; 3. через две-три недели после окончания запоя.
5. К ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. корсаковский психоз; 2. алкогольный псевдопаралич; 3. энцефалопатия Гайе-Вернике.

Ответы: 1 – 4; 2 – 3; 3 – 4; 4 – 2; 5 – 3.

#### **Методические указания.**

Занятие начинается с рассмотрения вопроса о влиянии однократного приема алкоголя на соматическое и психическое состояние. После того, как студенты познакомились с клиникой и патофизиологией острого опьянения, необходимо провести клиническую дифференциальную диагностику между

тяжелым алкогольным опьянением и патологическим опьянением. Студенты должны уяснить себе социальное и судебно-медицинское значение обеих форм опьянения.

Необходимо дать четкие клинические границы понятия хронического алкоголизма (непреодолимое влечение к алкоголю, изменение толерантности к нему и наличие синдрома похмелья). У лиц с только что развившимся тяготением к вину надо выявить и показать значение сохранности личности, критического понимания надвигающейся личной катастрофы. Подчеркнуть огромную роль коллектива, общественности в борьбе с пагубным влечением. Безусловно важно рассмотреть со студентами все меры лечения и длительной профилактики алкоголизма у той группы больных, у которых правильное и своевременное лечение дает избавление от дальнейшего пьянства.

Остановившись на вопросах алкогольной деградации, необходимо показать и разобрать соответствующего больного и показать весь путь его физического и морального распада.

Разобрать особенности алкоголизма у женщин и подростков. Особое внимание уделить клинике и динамике алкогольного абстинентного синдрома. Если в клинике имеется больной с острым алкогольным психозом, занятие надо начать с демонстрации и разбора этого больного. Дифференцировать варианты острых алкогольных психозов (алкогольный делирий, галлюциноз, паранойд). Уметь диагностировать хронические алкогольные психозы (паранойд, галлюциноз, Корсаковский психоз). Показать основы неотложной помощи при алкогольном опьянении, абстиненции. Тактику при острых алкогольных психозах. Дать понятие о лечении алкогольной зависимости. Этапы, виды терапии, особенности ремиссий.

## **Практическое занятие 10. Наркомании и токсикомании.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОСТОЯННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Психическая зависимость; 2. Физическая зависимость; 3. Деградация личности; 4. Присоединение грубых нарушений со стороны внутренних органов.
2. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ АБСТИНЕНЦИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Бензиновой токсикомании. 2. Героиновой наркомании. 3. Эфедроновой наркомании. 4. Интоксикации ЛСД-25.
3. ПРИ КАКОЙ НАРКОМАНИИ ПОЧТИ ВСЕГДА ИМЕЕТСЯ ТОЛЬКО ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: 1. Героиновой. 2. Эфедроновой. 3. К галлюциногенам. 4. Кодеиновой.

4. ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРКОМАНИЯХ И ТОКСИКОМАНИЯХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В: 1. Уходе во внутренний мир; 2. Исчезновении высших эмоций; 3. Снижении энергетического потенциала; 4. Снижении памяти.
5. К НАРКОТИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1. опиаты; 2. летучие растворители (бензин, ацетон и т.д.); 3. каннабиоиды (вещества, получаемые из конопли); 4. галлюциногены.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 2.

### **Методические указания.**

Наркомании. Клиника, диагностика, течение, терапия наиболее распространенных наркоманий (опийной, каннабиоидной, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами, галлюциногенами). Варианты острого наркотического опьянения, абстиненции. Терапия наркоманий. Токсикомании (ингаляционные, лекарственные), клиника, диагностика, течение, терапия. Табакокурение. Роль современных терапевтических подходов в наркологии. Психотерапия. Желательно, чтобы студенты докладывали больных, ими же курируемых. Самое существенное—выявить условия, способствующие появлению привыкания. Студенты должны ознакомиться с соматическими симптомами наркомании: внешний вид больного, общее истощение, постарение, цвет, тургор кожи, наличие следов инъекции (рубцы). Очень важно, чтобы студенты усвоили психопатологию абстинентного синдрома: двигательное беспокойство, тревога, тоска, иногда иллюзорно-галлюцинаторные явления. При этом, как правило, со стороны физического статуса наблюдается падение сердечной деятельности, уровня артериального давления, боли по ходу желудочно-кишечного тракта, рвоты, поносы.

## **Практическое занятие 11.**

### **Психические расстройства при органических заболеваниях головного мозга.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. В возникновении делириозных состояний имеют значение:
  - а) токсический фактор (алкоголь, лекарственные препараты)
  - б) психогенный фактор
  - в) инфекции, тяжело протекающие соматические заболевания
  - г) сосудистые заболевания головного мозга
  - д) физическое переутомление

2. Больной в прошлом перенес тяжелую черепно-мозговую травму. В текущем году у него неожиданно, независимо от времени суток, на фоне сохраненного сознания появляются судорожные подергивания мимической мускулатуры, далее начинают подергиваться пальцы рук, затем мышцы ноги, такие состояния длятся 2-3 минуты, заканчиваются самостоятельно. Больного беспокоит, что эти нарушения возникают до 5-6 раз в день. Наиболее вероятно, что у больного:
- а) абсанс
  - б) abortивный генерализованный припадок
  - в) генерализованный судорожный припадок
  - г) джексоновский припадок (фокальный)
3. У больного грипп, высокая температура. При осмотре беспокоен, суетлив, в беседе часто отвлекается, в окружающей обстановке ориентировка нарушена, часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытался поймать воображаемых насекомых, порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой. Наиболее вероятно, что у больного:
- а) галлюцинаторный синдром
  - б) параноидный синдром
  - в) делириозный синдром
  - г) сумеречное расстройство сознания
  - д) аментивный синдром
4. Среди перечисленных эмоциональных нарушений для органических заболеваний головного мозга наиболее характерно:
- а) слабодушие
  - б) чувственное притупление
  - в) гипертимия
  - г) эмоциональная неадекватность
5. Болезни Альцгеймера и Пика:
- а) относятся к группе пресенильных деменций
  - б) относятся к дефектам развития головного мозга
  - в) часто сопровождаются астеническим синдромом
  - г) неврологически часто проявляются афазией, агнозией, апраксией

Ответы: 1 – а, в, г; 2 – г; 3 – в; 4 – а; 5 – а, г.

### **Методические указания.**

Внимание студентов обращается на общие основы данного раздела, в том числе, основные формы, характер и течение психических нарушений, наблюдаемых при психических заболеваниях экзогенно-органического происхождения. Распознавание, дифференциальная диагностика. Общие прин-

ципы и основные методы лечения профилактика органических психических расстройств.

Основным методическим приемом при изучении этих больных является строгая последовательность и тщательность в изучении анамнеза жизни с обращением внимания на наличие экзогенных вредностей в прошлом, на характерологические особенности больного до настоящего заболевания. Исследованию психического статуса должно предшествовать не менее подробное соматическое обследование больного. Студенты должны представлять себе, что природа и характер психических нарушений могут быть различны, в зависимости от особенностей экзогенного (соматического, инфекционного, посттравматического, сосудистого) страдания, от быстроты и тяжести его развития. Беседа с больным должна выявить ведущий психопатологический синдром: нарушены ли сознание, восприятие, память, настроение; установить, какова динамика этого синдрома в зависимости от основного соматического заболевания. Общая характеристика статики и динамики органических психических расстройств. Церебрастенический синдром. Психоорганический синдром (триада Вальтер-Бюэля). Варианты психоорганического синдрома по К. Шнейдеру (астенический, эксплозивный, апатический, эйфорический). Психоэндокринный синдром М. Блейлера и нарушение психики при эндокринопатиях. Переходные синдромы Вика (Корсаковский синдром и др.). Острые экзогенного типа реакции Карла Бонгеффера (делирий, аменция, сумерки, вербальный галлюциноз). Органическое (амнестическое) слабоумие. Соматогенные психические заболевания (кардиогенные, гепатогенные, уремиические). Квадриада признаков К. Шнейдера. Депрессии и тревожные расстройства при соматических заболеваниях. Сосудистые психические расстройства. Психические расстройства после черепно-мозговой травмы. Психические расстройства при опухолях мозга. Инфекционные психические расстройства. Нарушения психики при энцефалитах (клещевом и эпидемическом). Сифилитические расстройства (сифилис мозга и прогрессивный паралич). Психические расстройства при СПИДе. Нарушения психики, обусловленные радиационным поражением.

## **Практическое занятие 12. Шизофрения.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. «РАСЩЕПЛЕНИЕ ПСИХИКИ» – ЭТО: 1.Наличие у человека двух или более субличностей; 2.Несоответствие поведения переживаниям; 3.Желание «не быть, а казаться»; 4.Нарушение единства психики.

2. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НИКОГДА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ: 1. Астения; 2. Депрессия; 3. Кататония; 4. Лакунарная деменция.
3. ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ ВСЕГДА ПРОТЕКАЕТ С: 1. Псевдогаллюцинациями; 2. Кататоническими расстройствами; 3. Онейроидом; 4. Эмоционально-волевым снижением.
4. УКАЖИТЕ НА РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО ТОЛЬКО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: 1. Обстоятельность; 2. Бессвязность; 3. «Скачка идей»; 4. Разорванность.
5. НА БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ: 1. Псевдогаллюцинаций. 2. Эмоционально-волевого снижения. 3. Онейроида. 4. Делирия.

Ответы: 1 – 4; 2 – 4; 3 – 4; 4 – 4; 5 – 3.

### **Методические указания.**

Шизофрения – определение и классификации. Тесная взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью на примере здоровой психики. Понятие «схизиса» (расщепления психики при шизофрении). Эмоционально-волевое снижение (астенический, психопатоподобный, апатико-абулический варианты). Ранние симптомы шизофрении (нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности). Клиническое проявление развернутых форм болезни. Типы течения шизофрении. Соматические симптомы шизофрении. Дифференциальная диагностика шизофрении с шизофреноподобными синдромами, наблюдаемыми при некоторых психических заболеваниях. Лечение, исход шизофрении. Патогенез. Патологическая анатомия. Вопросы организации стационарной и диспансерной психиатрической помощи больными шизофренией. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении.

Шизотипическое расстройство (латентная и вялотекущая шизофрения). Диагностические критерии. Расщепление психики и эмоционально-волевое снижение при шизотипическом расстройстве. Разновидности (неврозоподобная, психопатоподобная, простая). Проблема паранойи. Динамика малопродвинутой формы шизофрении. Терапия. Вопросы экспертизы.

Бредовые расстройства нешизофренического круга. Пример инволюционного параноида, паранойяльного развития личности. Тактика при бредовых расстройствах.

Самое существенное в этом разделе — показать студентам, что же в этих аморфных, еще нерезко выраженных синдромах и симптомах является шизофреническим, что является только шизофреноподобным.

Это обстоятельство делает настоятельно необходимым предпослать разбору курируемых больных краткое напоминание того, что значит сам термин «шизофрения», как надо понимать понятие «расщепление психики», нарушение единства целостности психики, и каким образом это расстройство взаимосвязи психических процессов можно клинически уловить и как его

описать. С этой целью приходится разобрать с группой студентов понятие целостности психической деятельности; показать на примере здоровой психики тесную взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью. Целесообразно начинать разбор больного с выраженными и очерченными симптомами шизофрении. Наиболее легкой для усвоения является кататоническая форма в ступорозном ее проявлении. Студенты должны уметь описать все клинические слагаемые этого синдрома и показать их на больном (мутизм, пассивный, активный негативизм., воско-видная гибкость).

Разбор курируемых больных можно начать и с простой формы шизофрении. Акцент разбора надо поставить на анализе тонких психопатологических синдромов (таких, как нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности).

Крайне необходимо на конкретных клинических случаях показать студентам, что шизофренический процесс далеко не всегда начинается бурными, очевидными симптомами психоза. Постепенное нарастание вялости, апатии, неадекватности и нарушения мышления могут быть настолько тонки, что представляют значительные трудности для отнесения их к болезненным симптомам шизофрении.

Для подтверждения одного из основных свойств шизофренического процесса, склонности к прогрессивному затяжному течению надо продемонстрировать студентам больных шизофренией с многолетней давностью. Следует подчеркнуть те типические изменения всей личности, которые обозначаются как исходное состояние.

Студенты знакомятся и с психологическими методами исследования, выясняющие характер нарушения течения ассоциаций, мышления, эмоциональной сферы.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы

### **Практическое занятие 13. Аффективные расстройства.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.



1. ПРИ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СКРЫТЫ: 1.Неприятными телесными ощущениями; 2.Нарастающей тревогой; 3.Психопатоподобным поведением; 4.Астенией.
2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1.Подавленное, тоскливое настроение; 2.Заторможенность мышления; 3.Суицидальные мысли; 4.Двигательная заторможенность.
3. ГНЕВЛИВАЯ МАНИЯ – ЭТО: 1. немотивированное, обычно внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера; 2. повышенное настроение с легким переходом от улыбки к гневу или раздражению; 3. ощущение утраты чувств, осознанное чувство утраты теплоты эмоциональных реакций; 4. полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, отсутствие эмоциональных реакций на внешние раздражители.
4. ПРЕОБЛАДАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: 1. для алкогольного галлюциноза; 2. для циклотимии; 3. для истерии; 4. для психастении; 5. для шизофрении.
5. ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ: 1. тоскливой депрессией; 2. тревожной депрессией; 3. дисфорической депрессией; астенической депрессией.

Ответы: 1 – 1; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 2; 5 – 2.

### **Методические указания.**

Содержание темы. Проблема депрессии в современной медицине. Многообразие депрессивных расстройств. Понятие маскированная депрессия. соматизированная депрессия как вариант маскированной. Структура «маски». Дистимическое расстройство. Характерологическая дистимия. Диагностика депрессий во время приема врача общей практики. Течение аффективных расстройств (монополярное, биполярное, континуальное). Циклотимия и циклофрения (маниакально-депрессивный психоз). Ремиссии и интермиссии. Предвестники рецидива. Сезонный фактор. Эндокринный фактор. Диагностика аффективных расстройств с помощью клинко-метрических шкал. Современные подходы к терапии аффективных расстройств (антидепрессанты, нормотимики, нейрорептики, электроконвульсивная терапия, депривация сна, светотерапия). Проблема суицидов. Диагностика суицидального поведения. Помощь пациентам с суицидальным поведением. Типы суицидальных реакций. Варианты постсуицида. Суицидальное поведение больных с различными психическими заболеваниями. Профилактика суицидального поведения.

Практическое занятие начинается с разбора больного, находящегося или в маниакальном или депрессивном состоянии. При этом важно обратить внимание студентов на необходимость тщательного анализа как психического состояния, так и состояния соматических функций. В соматическом об-

следовании в равной мере нуждаются больные как в маниакальной, так и депрессивной фазе. При анализе психического состояния должно быть учтено соответствие между интеллектуальным, эмоциональным и двигательным компонентами. На практических занятиях необходимо особое внимание студентов обратить на содержание и характер речевого возбуждения, на повышенное настроение, на особенность мимики, жестов, всегда находящихся в гармоническом единстве с интеллектуальной и эмоциональной сферами.

При разборе депрессивного больного отчетливо демонстрируется адекватность нарушений всех сторон психической деятельности, при этом также обращается внимание на весь облик больного, его поведение, мимику, моторику, речь и настроение. При соматическом обследовании больных студенты должны особенно обратить внимание на состояние его сосудисто-вегетативных функций: на уровень артериального давления, частоту пульса, состояние кожных покровов, деятельность желудочно-кишечного тракта, динамику веса, ширину зрачков. Из обменных исследований важны цифры содержания сахара крови, основного обмена.

При дифференциальной диагностике биполярного аффективного расстройства от депрессивного и маниакального синдрома иного генеза, следует опираться именно на вышеуказанные особенности клинической картины и ее течения. Крайне необходимо, чтобы студенты знали при каких других психических заболеваниях могут встречаться аналогичные маниакальные и депрессивные состояния. Среди них надо особое внимание уделить вопросу о возможности появления маниакального синдрома при коллагенозе и при лечебном применении стероидных гормонов (кортизона, преднизона, преднизолона). Для студентов непсихиатров самым существенным является усвоение ранних признаков начинающейся депрессии. Следует сделать акцент на (необходимость обязательного стационарирования всякого больного с циркулярной депрессией и организацию усиленного надзора в период лечения, в связи с упорными тенденциями суицидального характера, которые нередко наиболее отчетливы именно в начальном периоде депрессивного состояния. Необходимость стационарирования больного в состоянии маниакального возбуждения, особенно с гневливостью, диктуется тем, что такие больные очень трудны и небезопасны в быту и в обществе.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

#### **Практическое занятие 14. Психические расстройства при эпилепсии.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ЯВЛЕНИЯ «УЖЕ ВИДЕННОГО»: 1. Никогда не встречаются у здоровых; 2. Свидетельствуют о наличии эпилепсии. 3. Могут иметь место у лиц с врожденным левшеством; 4. Являются важным признаком шизофрении.
2. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. Гиперсоциальность; 2. Педантичность; 3. Тревожность; 4. Дисфоричность.
3. КРАТКОВРЕМЕННОЕ (НЕ БОЛЕ НЕСКОЛЬКИХ СЕКУНД) ОТКЛЮЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Симптоме «обрыва мыслей»; 2. Абсансе; 3. Фиксационной амнезии; 4. Сумерках.
4. АУРА – ЭТО: 1. Начало припадка; 2. Предвестник припадка; 3. Феномен, который может иметь место у здоровых; 4. Истерическое расстройство.
5. ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1. Замедлением психической деятельности; 2. Ускорением психической деятельности; 3. Резким ухудшением памяти; 4. Грубым нарушением критичности.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 1; 5 – 1.

### **Методические указания.**

Содержание темы. Этиология и патогенез, предрасполагающие факторы. Изучение клиники эпилепсии лучше начать с рассмотрения наиболее характерного: изменения характера при эпилепсии. Известно, что эти изменения в одинаковой степени касаются как мышления, эмоций, так и поведения больного. Вот почему, прежде чем начать расспрос больного, надлежит обратить особое внимание студентов на внешний вид больного, на его походку, осанку, на речь, интонации.

При этом в самом начале беседы студенты обязательно обращают внимание на обстоятельность, вязкость ассоциативного процесса. Педагог должен обратить внимание студентов на внешний вид больного, как он причесан, одет, в каком состоянии его обувь, постель. Этот осмотр должен убедить студентов в том, что наиболее характерной чертой поведения больного является аккуратность, скрупулезность, чрезмерная педантичность.

Основное правило этой беседы — предоставить возможность самому больному рассказать о своей болезни. Для того, чтобы подчеркнуть значительность этого методического приема необходимо показать студентам как ненужно и неправильно беседовать с больным эпилепсией. Нельзя больного спрашивать: «у вас бывают припадки», «вы падая, упускаете мочу?». — Нужно чтобы больной сам об этом рассказал, и тогда, именно, в беседе

нии с больным с предельной ясностью выявляется вся сущность большого эпилептического припадка.

Клиническая характеристика и закономерности течения эпилепсии. Клинические проявления: пароксизмы (припадки, расстройства сознания, расстройства настроения, психосенсорные расстройства), острые и хронические эпилептические психозы, изменения личности (торпидность, взрывчатость, педантизм, эгоцентризм, вязкость мышления, эмоциональная ригидность). Варианты и клинические особенности эпилептических пароксизмов (фокальные, первично-генерализованные, вторично-генерализованные). Современная классификация (идиопатическая, криптогенная, симптоматическая). Дифференциальная диагностика эпилепсии как самостоятельной нозологической единицы от эпилептического синдрома различного генеза. По вопросу дифференциальной диагностики надлежит перед разбором и демонстрацией соответствующего больного осветить студентам современное состояние вопроса об эпилепсии. Эпилепсия как психическая болезнь есть только одна, с ее клиническим полиморфизмом и тенденцией к затяжному, прогрессивному течению. Все же остальные формы эпилептических припадков или «эпилепсии», которые рассматриваются под этим диагнозом в курсе неврологии, не являются эпилептической болезнью, а лишь одним из синдромов проявления болезни различного генеза. Эпилептическая реакция. Патофизиологические изменения при эпилепсии. Интерпароксизмальные расстройства (эпилептические особенности личности, когнитивные нарушения, слабоумие). Основные критерии диагностики эпилепсии. Лечение (принципы комплексной терапии, основные лекарственные препараты). Основные группы противосудорожных средств, препараты универсального (карбамазепин, вальпроаты и др.) и избирательного действия (барбитураты, фенитоин, бензодиазепины, сукцинимиды). Принципы и методы лечения: длительность, непрерывность, индивидуальность. Условия назначения и отмены, цели, осложнения противосудорожной терапии. Вопросы трудовой, военной и судебной экспертизы.

## **Практическое занятие 15.**

### **Умственная отсталость.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ОЛИГОФРЕНИЯ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ: 1. прогрессирующее; 2. стабильное; 3. регрессирующее.
2. ИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДЕБИЛЬНОСТИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СТРАДАЕТ: 1. абстрактное мышление; 2. механическая память; 3. счет; 4. темп умственной деятельности.

3. ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА ПРЕОБЛАДАЮТ СЛУЧАИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В СТЕПЕНИ: 1. дебильности; 2. имбецильности; 3. идиотии.
4. К ГЕНЕТИЧЕСКИМ ФОРМАМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ОТНОСИТСЯ: 1. синдром Дауна; 2. синдром Шерешевского-Тернера; 3. синдром Кляйнфельтера; 4. фенилкетонурия.
5. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СТЕПЕНИ ДЕБИЛЬНОСТИ: 1. учатся в массовой школе; 2. учатся в коррекционной школе для умственно отсталых; 3. признаются необучаемыми.

Ответы: 1 – 2; 2 – 1; 3 – 2; 4 – 4; 5 – 2.

### **Методические указания.**

Следует рассмотреть понятие интеллект. Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвития интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме малоумия разных степеней (идиотия, имбецильность, дебильность).

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметив, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

## **Практическое занятие 16.**

### **Лечение и реабилитация психически больных.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**

Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. При неврозе навязчивых состояний наиболее обоснованным видом терапии является:

- а) назначение психостимуляторов
- б) назначение антидепрессантов
- в) назначение нейролептиков
- г) назначение транквилизаторов
- д) психотерапия

2. К противосудорожным препаратам не относится:

- а) фенобарбитал
- б) дифенин
- в) допамин
- г) бензонал
- д) гексамидин

3. Терапия маскированных депрессий проводится:

- а) транквилизаторами
- б) психостимуляторами
- в) адреноблокаторами
- г) антидепрессантами
- д) нейролептиками

4. К характерным побочным эффектам нейролептической терапии относятся:

- а) лекарственный паркинсонизм
- б) гипотензивный эффект
- в) гипертензивный эффект

5. Госпитализация больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке может быть осуществлена:

- а) во всех случаях
- б) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих
- в) если он в силу психического заболевания беспомощен
- г) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния

Ответы: 1 – д; 2 – в; 3 – г; 4 – а, б; 5 – а.

### **Методические указания.**

Содержание занятия. Понятие о биологической терапии. Методы общебиологического воздействия (инсулинокоматозная терапия, электросудорожная терапия, пиротерапия). Показания, особенности применения. Психофармакотерапия. Основные психотропные препараты (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы, нормотимики, ноотропы). Особенности терапевтического спектра, побочные действия и осложне-

ния. Показания и противопоказания. Психотерапия. Определение, основные механизмы действия. Динамическое, поведенческое, гуманистическое направления психотерапии. Основные психотерапевтические методики (суггестивные, рациональные, групповые). Использование психотерапии в психиатрии и общей медицине. Показания и противопоказания. Побочные действия и осложнения психотерапии. Реабилитация психически больных. Этапы, ступени, методы реабилитации. Психогигиена и психопрофилактика в деятельности врача общей практики.

## **Практическое занятие 17.**

### **Неотложные состояния в психиатрии и их терапия.**

**Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме.**  
Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. Острые алкогольные психозы могут наблюдаться:
  - а) во 2 и 3 стадии алкоголизма
  - б) при наличии тяжелой некупированной абстиненции
  - в) в 1 стадии алкоголизма
  - г) всегда при употреблении суррогатов
  - д) только в 3 стадии алкоголизма
  
2. Ведущим мероприятием в купировании абстинентного синдрома является:
  - а) витаминотерапия
  - б) терапия нейролептиками
  - в) дезинтоксикационная терапия
  - г) лечение транквилизаторами
  
3. Для белой горячки характерно:
  - а) сумеречное помрачение сознания
  - б) наплыв ярких истинных галлюцинаций
  - в) псевдогаллюцинации
  - г) выраженное кататоническое возбуждение
  
4. На первом этапе купирования эпилептического статуса применяется:
  - а) пероральный прием бензонала
  - б) внутривенное введение седуксена (реланиума)
  - в) клизма с хлоралгидратом
  - г) внутривенное введение магнезии
  
5. При установлении у пациента на дому эпилептического статуса необходимо:

- а) введение седуксена с последующим наблюдением больного амбулаторно
- б) введение седуксена и госпитализация больного по неотложным показаниям
- в) введение седуксена и выдача на руки талона на госпитализацию

Ответы: 1 – а, б; 2 – в; 3 – б; 4 – б; 5 – б.

### **Методические указания.**

Содержание занятия. Определение ургентного состояния. Варианты ургентных состояний в психиатрии. Общие вопросы этиопатогенеза, диагностика ургентных состояний. Особенности психомоторики (речедвигательное возбуждение, ступорозные состояния). Особенности сознания (оглушение, сопор, кома, делирий, онейроид, сумерки, аменция). Особенности тяжело протекающего делирия (профессионального, мусситирующего). Терапия алкогольного делирия. Фебрилизация приступа шизофрении. Динамика онейроида до этапа аментивноподобного состояния. Клиника-лабораторная диагностика фебрильной шизофрении. Терапия фебрильного приступа шизофрении. эпилептический статус. Клиника, диагностика, терапия. Осложнения нейролептической терапии. Понятие о злокачественном нейролептическом синдроме. Клиника, диагностика, терапия злокачественного нейролептического синдрома.

Ургентные состояния предпочтительно рассматривать на примере алкогольного делирия. Особенно важно обратить внимание студентов на общий вид больного, на кожные покровы, их окраску, на состояние сердечно-сосудистой системы, на частоту и характер пульса, границы и тоны сердца, артериальное давление, на особенности состояния желудочно-кишечного тракта (желудок, печень). Необходимо произвести обследование неврологического статуса: состояние черепномозговых нервов, статики, координации, исследовать сухожильные и периостальные рефлексy, болевую чувствительность, особенно на нижних конечностях, имея в виду возможность алкогольного полиневрита.

При наличии развернутой формы делирия отметить, что больной дезориентирован, не знает где находится, что его окружает. Больной возбужден, полон страха, на лице выражение ужаса, весь дрожит. Особенно характерен тремор вытянутых пальцев рук, век, языка. Одно лишь наблюдение за поведением больного, предоставленного самому себе, обнаруживает наличие зрительных, слуховых, телесных обманов восприятия. Именно на больном с белой горячкой можно легко продемонстрировать объективные симптомы галлюцинаций, о которых больные далеко не всегда рассказывают.

Необходимо особо разобрать все организационные и лечебные меры, которые должны быть предприняты лечащим врачом. Чаще всего белая горячка развивается у хронического алкоголика вслед за присоединением дополнительных факторов, ослабляющих сопротивляемость организма: такими являются острая инфекция (грипп, пневмония), физическая травма с



последующим неизбежным всасыванием продуктов тканевого распада (например, при травме головы, мягких тканей бедра), оперативное вмешательство, наркотизация, например операция по поводу острого аппендицита, и, особенно часто, по поводу панкреатита. Следовательно, с острым алкогольным психозом чаще всего встречается не врач психиатр, а терапевт, инфекционист, хирург. Врачам-интернистам, а не психиатру приходится в этих условиях заподозрить и установить состояние белой горячки и лечить этого больного.

О всех деталях режима и лечения студенты должны быть хорошо осведомлены: перевод больного на койку, отдаленную от окна, выходной двери, с верхнего этажа на нижний, как можно ближе к месту пребывания фельдшера или санитарки. До прихода психиатра (тем более, если немедленная срочная консультация психиатра невозможна) необходимо назначение средств, не только прекращающих бессонницу, но усиливающих и удлиняющих сон (кроме нейролептиков и антигистаминных препаратов). Если больной с алкогольным делирием остается в стенах соматического стационара, необходим круглосуточный (на 3—4 суток) санитарный пост.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного.

Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

### Перечень основной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Жариков Н. М., Психиатрия. - М., 2009	80
2	Иванец Н. Н., Психиатрия и наркология. - Москва, 2006	36
3	Сергеев И. И., Психиатрия и наркология. - М., 2009	50

### Перечень дополнительной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Васильев В. В., Нейропсихологическое исследование пациента. - Ижевск, 2011	45
2	Иванова Г. С., Алкогольная болезнь. - Ижевск, 2014	90