

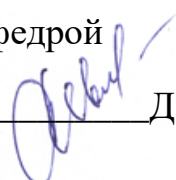
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры
«Психиатрия и наркология»
«24» января 2023 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой


_____ Д.М. Ивашиненко

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению практических (семинарских) занятий
по дисциплине (модулю)

«Психиатрия»

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программ ординатуры

по специальности подготовки
31.08.48 Скорая медицинская помощь

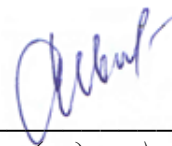
Идентификационный номер образовательной программы: 310848-01-23

Тула 2023 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик(и):

Иващенко Д.М., зав.кафедрой ПИИ, к.м.н., доцент
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

Содержание

1. Шизофрения
2. Аффективные психозы
3. Неврозы
4. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии.
5. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения.
6. Основы наркологии.

1. Шизофрения

Актуальность темы.

Шизофрения это одно из наиболее частых психических заболеваний, характеризующееся постепенно нарастающими изменениями восприятия, мышления, социальной активности, речи, чувств и мотиваций.

Цель занятия: на основании знания этиологии, патогенеза, классификации, клиники, данных лабораторного и инструментального исследований принципов лечения, ординатор должен научиться диагностировать заболевания, сформулировать развернутый диагноз и уметь назначить индивидуальное комплексное лечение больному шизофренией.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику шизофрении (Знание - 1).
2. Уметь составить программу обследования больного для подтверждения диагноза (Умение - 1).
3. Знать методы вторичной и третичной профилактики шизофрении (Знание - 2).
4. Владеть навыками психопрофилактической работы (Владение - 1).

Блок информации.

Шизофрения — полиэтиологичное заболевание, на течение которого оказывают безусловное влияние психосоциальные и другие факторы.

Клиника. Группа больных шизофренией, безусловно, выделяется из населения в преморбиде по своим личностным особенностям. Наиболее часто (44%) встречающийся тип личности — шизоидный, отличающийся спокойствием, пассивностью, замкнутостью, крайне плохой интуицией, низкими эмпатическими данными, мечтательностью, углубленностью в себя. Ребенок обычно послушен, у него мало или совсем нет друзей, спортивным соревнованиям он предпочитает телевизор, музыку. Встречаются также тревожный, параноидный, истерический, ананкастный и другие типы личности. Больные в целом обнаруживают в преморбиде более низкие показатели интеллекта по сравнению со сверстниками, что в большей степени выражено у мужчин.

За исключением относительно кратковременных эпизодов нарушения сознания на фоне обострения состояния, больные обычно полностью сохраняют ориентировку в окружающем и собственной личности. Ориентировка может, однако, искажаться и в соответствии с содержанием бредовых переживаний.

Среди поведенческих нарушений наиболее яркими являются кататонические симптомы. Их спектр простирается от легкой манерности и причудливости отдельных движений и поз до выраженного возбуждения, ступора, стереотипии. Последние могут быть ритмическими движениями туловища, конечностей или гримасами. Мигание век может быть редким, учащенным или пароксизмально быстрым. Наряду с моторикой, кататония включает и нарушения побуждений, что проявляется как в модуляциях их количественных характеристик (обычно в сторону снижения), так и в качественных изменениях (негативизм, пассивная подчиняемость). Патоморфоз кататонической симптоматики за последние десятилетия позволяет предположить участие внешних условий содержания больных в появлении этих нарушений. Обычный когда-то симптом восковой гибкости теперь встречается крайне редко. Реже встречаются и эхоталии и эхопраксии (имитация слов, движений, жестов окружающих). Встречаются и менее выраженные нарушения — снижение спонтанных движений и речи, недостаточная целенаправленность поведения, своеобразная неуклюжесть и ригидность движений, необычные тики, неряшливость, внешние признаки социальной запущенности. Поступки могут быть импульсивными, что иногда происходит под воздействием галлюцинаций, определяющих поведение больных.

Хотя обманы восприятия наблюдаются в любой сенсорной модальности, чаще всего это проявляется в виде слуховых галлюцинаций. Они бывают в разной степени громкими, разборчивыми и развернутыми, восприниматься внутри головы или извне. Содержание «голосов» может включать обвинения, угрозы, оскорбления. Зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются несколько менее часто, они могут восприниматься вне поля зрения, например, за головой. Обонятельные и вкусовые галлюцинации обычно сопровождают страх отравления при бреде преследования. Наличие осязательных, обонятельных и вкусовых обманов должно побуждать клинициста к исключению органического поражения мозга. Характерны сенестетические галлюцинации, часто причудливого характера (ощущения измененного состояния внутренних органов, например, чувство жара внутри головы, жжения половых органов, пронизывания организма какими-то лучами, рези в костях).

Нарушения интеграции психических процессов приводят к тонким изменениям восприятия своего Я, симптомам деперсонализации и дереализации. Чуждыми, не принадлежащими больному могут восприниматься его тело, движения, речь, стремления. Снижается чувственный уровень восприятия окружающего мира. На отдельных, иногда продолжительных этапах в клинической картине могут быть представлены ипохондрические, обсессивные, неврозо- и психопатоподобные проявления. От нешизофренических они могут отличаться большей грубостью проявлений, вычурностью, нелепостью.

Нарушения формы мышления включают разрыхление ассоциаций, соскальзывания, смысловые несоответствия, чрезмерную обстоятельность, вплоть до вербигераций и словесной окрошки. Нарушения процесса мышления включают неконтролируемый поток и полный обрыв мыслей, расплывчатость,

бедность или причудливость содержания речи, паралолии, снижение абстрактного мышления. Нарушения памяти в целом менее типичны. Для последних характерны трудности концентрации внимания, затруднения в организации и интеграции нового опыта.

Бредовые построения чрезвычайно разнообразны и могут касаться преследования, отношения, особого значения, величия, любовного очарования. Это — наиболее частое проявление шизофрении, на разных этапах его можно наблюдать практически при всех формах заболевания. В значительной мере побредовому интерпретируется и процесс мышления.

Характерна интенсивная и непродуктивная сосредоточенность на эзотерических, метафизических, парапсихологических, религиозных идеях. Весьма типично, в особенности для обострений, отсутствие сознания болезни, что связано с бредовыми переживаниями, маниакальным аффектом или психологическими защитными механизмами.

Аффективные нарушения наиболее часто включают отсутствие эмоциональной включенности при общении, снижение эмоционального реагирования или интенсивные и часто неадекватные, непонятные для окружающих вспышки гнева, тревоги или счастья.

Более современной и клинически полезной представляется дифференцировка симптомов на продуктивные (позитивные) или дефицитарные (негативные). К продуктивным принято относить бред, галлюцинации, формальные нарушения мышления, вычурное и дезорганизованное поведение.

Негативные включают уплощение и ригидность аффекта, обеднение мышления, обрывы мыслей, признаки когнитивного дефицита, апато-абулические расстройства (редукция энергетического потенциала) и снижение побуждений, ангедонию, аутизацию и социальную запущенность.

Разделение на отдельные подтипы определяется различиями в клинических проявлениях.

Лечение. Появление психофармакологических препаратов произвело революцию в лечении больных шизофренией, и сейчас лишь небольшой их процент нуждается, в отличие от прошлых лет, в постоянной госпитализации. Тем не менее, стационарному этапу терапии отводится по-прежнему весьма важная роль, поскольку здесь решаются задачи диагностики, купирования манифестных обострений и рецидивов, подбора препаратов для стабилизации на амбулаторном этапе, проведения комплекса реабилитационных мероприятий, включая структурирование повседневной активности, коррекцию общения, налаживание отношений в семье.

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов этиологии, патогенеза, клиники, лечения шизофрении.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка симптомов в синдромы, обоснование предварительного диагноза. Назначение плана обследования больного и анализ дополнительных данных. Дифференциальная диагностика. Формулировка уточненного клинического диагноза больного.

4 этап. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – распространённость, медико-социальная значимость заболевания.

2. Современная классификация форм и типов течения шизофрении.

3. Основные клинические проявления шизофрении в различные возрастные периоды.

4. Дифференциальный диагноз различных видов нарушения мышления, восприятия.

5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).

2. Ситуационные задачи.

4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.

5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб.пособие для вузов / Б.В.Зейгарник .— 3-е изд.,стер. — М. : Академия, 2005 .— 208с. — (Высшее образование) .— Библиогр.в конце кн. — ISBN 5-7695-2102-3 /в пер./ : 85.14.

2. Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы [Электронный ресурс]: монография/ Власова О.— Электрон. текстовые данные.— М.: ИД Территория будущего, 2010.— 640 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/7340>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

3. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гейслер Е.В., Дроздов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная

книга, 2012.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6326>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

2. Аффективные психозы

Актуальность темы.

Кроме деления по формам течения принято выделять связанные с биологической предрасположенностью, мало зависящие от внешних пусковых факторов, представленные более тяжелыми, психотическими симптомами (эндогенные, эндоморфные, психотические, первичные) и вызываемые психосоциальными стрессорами, протекающие на более благоприятном, непсихотическом уровне (экзогенные, реактивные, невротические, вторичные).

Биполярное аффективное расстройство (ранее МДП) - это эндогенное заболевание, основанное на наследственной предрасположенности, протекающее в виде маниакальных и депрессивных фаз, между которыми имеются светлые промежутки.

Цель занятия: на основании знания классификации, клиники, данных лабораторных и патопсихологического исследований, принципов лечения, ординатор должен научиться диагностировать наличие аффективных расстройств, сформулировать диагноз и уметь назначить индивидуальное комплексное лечение пациенту с данной патологией.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику аффективных психозов (Знание - 1).
2. Уметь составить программу обследования больного для подтверждения диагноза (Умение - 1).
3. Знать методы вторичной и третичной профилактики аффективных психозов (Знание - 2).
4. Владеть навыками психопрофилактической работы (Владение - 1).

Блок информации.

Аффективный психоз—психическое заболевание, характеризующееся периодичностью возникновения аутохтонных аффективных нарушений в виде маниакальных, депрессивных или смешанных состояний (приступов, фаз, эпизодов), полной их обратимостью и развитием интермиссий с восстановлением психических функций и личностных свойств; не приводящее к слабоумию.

Данное определение аффективного психоза соответствует критериям эндогенных заболеваний, традиционно относимых к маниакально-депрессивному психозу, который известен также под названиями циркулярное помешательство, циклофрения, циркулярный психоз, маниакально-депрессивное заболевание, фазно протекающий моно- или биполярный психоз.

Применительно к аффективному психозу как нозологически самостоятельной единице это определение достаточно условно, поскольку на сегодняшний день он представляется клинически, патогенетически и даже нозологически гетерогенным заболеванием [Angst J. et al., 1970].

Аффективный психоз характеризуется только аффективными фазами, которые могут быть разной глубины и продолжительности. Маниакальные фазы обычно короче депрессивных. Средняя продолжительность последних 4—9 мес, маниакальной — 5—6 мес. Согласно МКБ-10, диагностическим критерием аффективных фаз является их длительность не менее 1—2 нед с "полным нарушением обычной работоспособности и социальной деятельности" больного, обуславливающим необходимость обращения к врачу и лечения. Максимальная же продолжительность аффективной фазы может составлять несколько месяцев и даже несколько лет (описаны депрессивные фазы, длящиеся 18 лет).

Период одной аффективной фазы и следующей за ней интермиссии обозначается понятием "цикл аффективного психоза".

Различают методы активной терапии, направленной на купирование проявлений болезни в период приступа (фазы), и профилактической терапии, целью которой являются предупреждение рецидивов заболевания и удлинение ремиссии (интермиссии). По характеру воздействия выделяют медикаментозную и другую биологическую терапию и психотерапию. Последняя при аффективном психозе носит вспомогательный характер.

Выбор конкретных терапевтических методов связан с клиническими особенностями каждой из форм аффективного психоза, а также с этапом развития болезни и индивидуальными особенностями пациента.

Биологическая терапия. При монополярных формах аффективного психоза, когда в картине заболевания более всего представлены атипичные аффективные синдромы, лечение депрессивных и маниакальных состояний имеет ряд особенностей. При реактивных и эндореактивных по структуре депрессиях с тревожно-фобическими и сенестоипохондрическими проявлениями, служащими прерогативой монополярного депрессивного психоза, наблюдается положительная реакция на антидепрессанты преимущественно седативного и так называемого балансирующего действия. Предпочтительным является назначение антидепрессантов второго поколения (атипичных антидепрессантов), в психотропном спектре которых сочетается отчетливо транквилизирующее или стимулирующее действие с тимолептическим. Используются терфонал, пиразидол, лудиомил, вивалан, или эмовит, в достаточно высоких суточных дозах (от 150 до 250 мг), флуоксетин (20 мг в сутки), серталин (100—150 мг в сутки). Трициклические антидепрессанты в этих случаях значительно менее эффективны, а если назначаются, то в умеренных дозах (амитриптилин до 150 мг). При появлении тенденции к затяжному течению депрессии для интенсификации терапии используются метод внутривенного капельного введения амитриптилина, лудиомила, сочетание антидепрессантов с иглорефлексотерапией и методом

кратковременного аку-пунктурного воздействия [Поляков С.Э., 1986; Асимов М.А, 1994], внутривенное лазерное облучение крови [Перстнев С.В., 1995].

Желаемый терапевтический эффект достигается, как правило, при сочетании антидепрессантов с малыми нейрорептиками седативного действия (сонапакс — до 30 мг, хлорпротиксен — до 150 мг, терален — до 30 мг в день) или с транквилизаторами (феназепам — до 6 мг, элениум — до 30 мг, седуксен — до 30 мг). На этапе обратного развития депрессии предпочтение вновь отдается так называемым атипичным антидепрессантам, или антидепрессантам второго поколения (пиразидол, эмовит, тимелит, лудиомил, инказан), наиболее эффективным при неглубоких депрессиях невротического уровня. Согласно рекомендациям медицинских центров ВОЗ (1989), целесообразно продолжать антидепрессивную терапию в течение 6 месяцев после достижения терапевтического эффекта (для его закрепления).

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов этиологии, патогенеза, клиники, лечения аффективных психозов.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка симптомов в синдромы, обоснование предварительного диагноза. Назначение плана обследования больного и анализ дополнительных данных. Дифференциальная диагностика. Формулировка уточненного клинического диагноза больного.

4 этап. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – распространённость, медико-социальная значимость аффективной патологии.

2. Современная классификация аффективных расстройств.

3. Основные клинические проявления аффективных расстройств в различные возрастные периоды.

4. Дифференциальный диагноз различных типов депрессий.

5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).
2. Ситуационные задачи.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Обухов, С.Г. Психиатрия : учеб.пособие для мед.вузов / С.Г.Обухов;под ред.Ю.А.Александровского .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 352с. — ISBN 978-5-9704-0436-2 /в пер./ : 305.00.
2. Психиатрия и наркология : учебник для вузов / Н. Н. Иванец [и др.] .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006 .— 832с. — Библиогр.в конце частей .— ISBN 5-9704-0197-8 /в пер./ : 450.00.
3. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гейслер Е.В., Дроздов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6326>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

3. Неврозы

Актуальность темы.

Неврозы - это группа пограничных психических заболеваний, характеризующихся не резко выраженными нарушениями психической деятельности, вызванных воздействием психотравмирующих факторов.

Для невроза характерно:

- обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности;
- психогенная природа, заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
- специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Цель занятия: на основании знания классификации, клиники, данных лабораторных и патопсихологического исследований, принципов лечения, ординатор должен научиться диагностировать наличие невротических расстройств, сформулировать диагноз и уметь назначить индивидуальное комплексное лечение пациенту с данной патологией.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику неврозов (Знание - 1).
2. Уметь составить программу обследования больного для подтверждения диагноза (Умение - 1).
3. Знать методы первичной, вторичной и третичной профилактики невротических расстройств (Знание - 2).
4. Владеть навыками психопрофилактической работы (Владение - 1).

Блок информации.

Неврозы — группа заболеваний с нерезко выраженными нарушениями психической деятельности, возникновение, течение, компенсация и декомпенсация которых определяются преимущественно психогенными факторами. Невротический срыв возможен у любого человека, однако его характер и форма тесно связаны с индивидуальным предрасположением и особенностями личности.

НЕВРАСТЕНИЯ — наиболее распространенная форма неврозов; выраженное ослабление нервной системы в результате перенапряжения раздражительного или тормозного процесса либо их подвижности.

Клиническая картина — состояние раздражительной слабости: сочетание повышенной раздражительности и возбудимости с повышенной утомляемостью и истощаемостью. Раздражительная слабость проявляется в чрезмерной силе и быстром истощении эмоциональных реакций. Больной начинает замечать у себя несдержанность, ранее ему не свойственную. По случайному и малозначительному поводу у него возникает бурная реакция раздражения или возбуждения. Вспышки возбуждения обычно непродолжительны, но могут часто повторяться. Повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости или нетерпеливости, суетливости. Больной не может ждать, старается все сделать скорее, невзирая на утомление. От раздражения больной легко переходит к слезам, он не может преодолеть неприятное чувство недовольства всем окружающим, утрачивает способность контролировать внешнее проявление своих эмоций. Резко расстраивается активное внимание, затруднено длительное сосредоточение, что приводит к рассеянности, жалобам на плохое запоминание. Нередки жалобы на неприятное чувство пустоты в голове и неспособность думать вообще. Настроение очень неустойчивое, с оттенком тоскливости. В случаях выраженной неврастении больные вялы, безвольны, жалуются на лень, ипохондричны, сосредоточены на своих болезненных ощущениях, теряют интерес не только к работе, но и к развлечениям.

Расстраивается засыпание, сон не освежающий, поверхностный, с тревожными сновидениями, больные жалуются на сонливость днем и бессонницу ночью. Иногда снижается или пропадает аппетит, появляются отрыжка, запоры, изжога, метеоризм, урчание, чувство тяжести в желудке и другие диспепсические расстройства. Очень часты при неврастении жалобы на стягивающие головные боли («каска неврастеника»). Мужчины нередко жалуются на расстройства половой функции (снижение полового влечения, преждевременная эякуляция).

Вегетативные расстройства, обуславливающие многочисленные жалобы больных, могут произвести впечатление соматического заболевания. Нередки жалобы на сердцебиение, чувство замирания сердца, перебои, сжимающие и щемящие боли в области сердца, одышку и т. д. Выраженность висцеральных симптомов иногда настолько велика, что некоторые авторы выделяют так называемые органические неврозы (невроз сердца, желудка, кишечника, половая неврастения и т. д.). Вегетативные нарушения при неврастении проявляются вазомоторной лабильностью, выраженным дермографизмом, потливостью, подергиваниями в отдельных мышечных группах, склонностью к артериальной гипотонии или гипертонии и др. При неврастении возможны «потеря нити мысли», «временное замирание мозговой деятельности». В отличие от эпилепсии при неврастении они развиваются всегда на фоне нервного перенапряжения, они кратковременны и бесследно исчезают.

На основании клинических и патофизиологических исследований (И. П. Павлов, А. Г. Иванов-Смоленский) выделены 3 стадии (формы) неврастения. Начальная стадия характеризуется нарушением активного торможения, проявляется преимущественно раздражительностью и возбудимостью — так называемая гиперстеническая (ирритативная) неврастения. Во второй, промежуточной, стадии при появлении лабильности возбудительного процесса преобладает раздражительная слабость. В третьей стадии (гипостеническая неврастения) при развитии охранительного торможения преобладают слабость и истощаемость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение.

Течение неврастения зависит от типа нервной системы, клинической картины срыва, наличия или отсутствия конфликтной ситуации, общего состояния организма и лечения. При неблагоприятно сложившихся обстоятельствах, особенно у лиц со слабым типом нервной системы, неврастения может продолжаться многие годы. В ее развитии прослеживается сдвиг от возбудимости к слабости нервной деятельности. В практике чаще встречаются больные с первой (гиперстенической) формой. Легче всего неврастения возникает у астенических личностей.

Прогноз при неврастении обычно благоприятен. В 75% случаев наблюдается полное выздоровление или стойкое улучшение, в 6,8% — ухудшение, в 14,5% случаев наступают рецидивы [Яковлева Е. К. и Зачепиский Р. А., 1961]. При затяжной неврастении (более 5—7 лет) появляются изменения, свойственные так называемому невротическому развитию. На него указывают недостаточная эффективность терапевтических мероприятий даже при разрешении психотравмирующей ситуации, генерализация невротических расстройств на фоне стойкого депрессивного настроения, появление ранее не свойственных больному черт характера, потеря связи болезненных переживаний с психогенией.

Неврастению как невроз следует дифференцировать с астеническими состояниями при шизофрении, маскированных эндогенных депрессиях, в начальных стадиях многих органических заболеваний нервной системы (прогрессивный паралич, сифилис мозга, церебральный атеросклероз, энцефалиты и менингоэнцефалиты и др.), а также с астеническими синдромами, возникающими в результате тяжелых соматических и инфекционных заболеваний, авитаминозов, черепно-мозговой травмы и др.

Лечение. При начальных признаках неврастения достаточно упорядочения режима труда, отдыха и сна. Больного при необходимости следует перевести на другую работу, устранить причину эмоционального напряжения. При гиперстенической форме (стадии) неврастения показаны общеукрепляющее лечение, регулярное питание, четкий режим дня, витаминотерапия. При раздражительности, вспыльчивости и несдержанности назначают настойку валерианы, ландыша, препараты брома, транквилизаторы, из физиотерапевтических процедур — теплые общие или солено-хвойные ванны, ножные ванны перед сном. При выраженной неврастении рекомендуются предоставление отдыха (до нескольких недель), санаторное

лечение. При тяжелой гипостенической форме неврастении проводят лечение в стационаре: курс инсулинотерапии малыми дозами, общеукрепляющие средства, стимулирующие препараты (сиднокарб, лимонник, женьшень), стимулирующая физиотерапия, водолечение. Рекомендуются рациональная психотерапия. В случаях преобладания в клинической картине пониженного настроения, тревоги, беспокойства, нарушений сна показаны антидепрессанты и транквилизаторы с антидепрессивным действием (азафен, пиразидол, тазепам, седуксен). Доза подбирается индивидуально.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ — группа психогенно обусловленных невротических состояний с соматовегетативными, сенсорными и двигательными нарушениями, является второй по частоте формой невроза, значительно чаще встречается в молодом возрасте, причем значительно чаще у женщин, чем у мужчин, и особенно легко возникает у лиц, страдающих психопатией истерического круга. Однако истерический невроз как реакция на травмирующую ситуацию возможен и у человека без каких-либо истерических черт характера. Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения и склонностью привлекать к себе внимание окружающих (жажда признания). Но в отличие от психопатии истерического круга отмеченные личностные особенности больных истерическим неврозом менее выражены и не приводят к значительной социальной дезадаптации.

Истерический невроз необходимо отграничивать от истерического синдрома в течении психической или соматической болезни (органическое заболевание ЦНС, эндокринопатия, шизофрения, травматическая энцефалопатия и др.), поскольку в структуре и динамике упомянутых заболеваний истерический синдром сочетается с другими симптомами и синдромами, свойственными основному заболеванию.

Клиническая картина: чрезвычайно пеструю, полиморфную и изменчивую симптоматику схематично подразделяют на психические расстройства, моторные, сенсорные и вегетативно-висцеральные нарушения. Психические нарушения психотического уровня (истерическое сумеречное помрачение сознания, синдромы Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерические фуги, амбулаторные автоматизмы и др., см.) при истерическом неврозе в настоящее время встречаются относительно редко. Значительно большее место в клинической картине стали занимать эмоционально-аффективные расстройства в виде страхов, астении, ипохондрических проявлений, подавленного настроения. Эти расстройства, как правило, неглубоки и сопровождаются ярким внешним оформлением в виде театральных поз, заламывания рук, стеланий, громких воплей и вздохов и т. д. У больных истерией нередко наблюдаются психогенно возникающие амнезии; под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти все, что с ней связано. Иногда больной временно забывает не только какой-то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Истерические психогенные амнезии обычно недлительны и

кончаются полным восстановлением памяти. Возможны галлюцинации — яркие, образные и связанные с психотравмирующей ситуацией.

К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, парезы, параличи, в том числе весьма характерная для истерии астазия-абазия, гиперкинезы, контрактуры, мутизм, истерический ступор и др.

Из сенсорных нарушений наиболее типичны истерическая слепота, глухота (афония) и нарушения чувствительности в виде гипестезий, гиперестезии и парестезии.

Вегетативно-соматические расстройства при истерическом неврозе проявляются в нарушениях дыхания, сердечной деятельности, желудочно-кишечного тракта, сексуальной функции.

Клиника истерических расстройств менялась в зависимости от эпохи. В настоящее время проявления истерии не так демонстративны и богаты, как в прошлом. Очень редки, например, красочные сценopodobные галлюцинации, исчезли яркие развернутые припадки в виде «одержимости», частые в средние века; почти не наблюдаются сложные истерические нарушения в форме так называемой мнимой смерти (летаргический сон) и т. д. Значительно реже встречаются двигательные и сенсорные нарушения.

Лечение. Прежде всего необходимо по возможности устранить травмирующие психику обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении истерии отводится психотерапии, в частности рациональной. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания. Для устранения отдельных симптомов истерии применяют внушение (суггестию) в бодрствующем или гипнотическом состоянии. В ряде случаев эффективны наркогипноз, аутогенная тренировка, косвенное внушение, заключающееся в том, что словесный фактор сочетается с применением физиотерапевтических процедур или лекарственных веществ (новокаиновая блокада, массаж, различные виды электролечения с разъяснением их терапевтической роли).

Прогноз обычно благоприятен. В некоторых случаях при длительной конфликтной ситуации возможен переход истерического невроза в истерическое развитие личности с затяжным невротическим состоянием и истерической ипохондрией.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ объединяет различные невротические состояния с навязчивыми мыслями, идеями, представлениями, влечениями, действиями и страхами; встречается значительно реже, чем неврастения и истерический невроз; у мужчин и женщин наблюдается с одинаковой частотой. В отличие от неврастения и истерии, нозологическая самостоятельность которых признается многими исследователями, невроз навязчивых состояний некоторые авторы считают синдромом. Так, одним из частых и выраженных расстройств при психастении являются различные навязчивости, и одни авторы применяли термин «психастения», а другие обозначали их как «невроз навязчивых состояний». И. П. Павлов указал на

необходимость отличать психастению как особый склад характера от невроза навязчивых состояний («невроз навязчивости»). При неврозе навязчивости навязчивые явления представляют собой основной, иногда единственный, симптом заболевания, не имеющего отношения к психастении. Невроз навязчивых состояний характеризуется парциальностью невротических расстройств, а клиника упомянутой психопатии отличается большей массивностью нарушений, необратимостью состояния и относительным постоянством психопатических черт личности в течение всей жизни больного.

Клиническая картина. Невроз навязчивых состояний легче возникает у лиц мыслительного типа (по И. П. Павлову), особенно при ослаблении организма соматическими и инфекционными заболеваниями. Навязчивые явления весьма многочисленны и разнообразны, наиболее типичны фобии, а также навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, действия, влечения. Чаще встречаются кардиофобия, канцерофобия, лиссофобия (навязчивая боязнь сумасшествия), оксифобия (навязчивый страх острых предметов), клаустрофобия (боязнь закрытых помещений), агорафобия (боязнь открытых пространств), навязчивые страхи высоты, загрязнения, боязнь покраснеть и др. Навязчивые явления непреодолимы и возникают вопреки желанию больного. Больной относится к ним критически, понимает их чуждость, стремится их преодолеть, но самостоятельно освободиться от них не может.

Клиническая картина невроза навязчивых состояний не исчерпывается obsессивно-фобическими расстройствами. Как правило, в ней представлены и общевевротические (неврастенические) симптомы: повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушения сна и др. Эти симптомы могут быть выражены с различной интенсивностью. Настроение преимущественно пониженное с оттенком безнадежности и чувством собственной неполноценности.

По особенностям течения выделяют 3 типа: первый — с однократным приступом болезни, который может продолжаться недели или годы; второй — в виде рецидивов с периодами полного здоровья; третий — непрерывное течение с периодическим усилением симптоматики. Невроз навязчивых состояний в отличие от неврастения и истерического невроза склонен к хроническому течению с обострениями, обычно психогенно обусловленными.

Лечение должно быть комплексным и строго индивидуализированным, с учетом не только клинической картины заболевания, но и личностных особенностей больного. В легких случаях предпочтение отдается психотерапевтическим и общеукрепляющим методам. Иногда хороший эффект достигается простой тренировкой в подавлении навязчивости. Если это не приносит успеха, то применяют внушение в гипнотическом состоянии. Следует быть осторожным при выдаче больничного листа, поскольку больные с некоторыми видами навязчивостей, как правило, лучше чувствуют себя на работе, а не дома, где они целиком сосредоточены на своей болезни. Кроме того, при фобиях ипохондрического содержания (кардиофобия, канцерофобия и т. д.) больничный лист служит доказательством серьезной болезни. В тяжелых и упорных случаях невроза наряду с психотерапевтическими мероприятиями и

общеукрепляющим лечением показаны седативные или тонизирующие средства в соответствии со стадией болезни и особенностями клинической картины.

В начальном периоде невроза навязчивости, а также при преобладании в клинической картине фобий с тревогой, эмоциональным напряжением и нарушениями сна рекомендуются транквилизаторы с легким антидепрессивным действием. Дозы лекарственных средств подбирают индивидуально в зависимости от тяжести невротических расстройств. Если навязчивости под влиянием лечения значительно ослабевают или исчезают, то рекомендуется поддерживающая терапия в течение 6—12 мес. Одновременно с лекарственным лечением должна проводиться психотерапия с разъяснением необходимости лечения и соблюдения режима сна и отдыха. Известно, что при соматическом ослаблении и ухудшении сна невротические навязчивости становятся более интенсивными и мучительными.

В более тяжелых случаях невроза, особенно при невротической депрессии, рекомендуется лечение в стационаре, где к упомянутым выше лечебным мероприятиям можно добавить антидепрессанты, нейролептики в малых дозах на ночь, гипогликемические дозы инсулина и др. В период выздоровления, помимо поддерживающей терапии, показаны вовлечение больного в жизнь коллектива, укрепление его трудовых установок и переключение внимания с исчезающих навязчивостей на реальные жизненные интересы. При упорных, но сравнительно изолированных навязчивостях (страх высоты, темноты, открытого пространства и др.) рекомендуется подавление страха путем самовнушения.

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов этиологии, патогенеза, клиники, лечения невротических расстройств..

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка симптомов в синдромы, обоснование предварительного диагноза. Назначение плана обследования больного и анализ дополнительных данных. Дифференциальная диагностика. Формулировка уточненного клинического диагноза больного.

4 этап. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – распространённость, медико-социальная значимость невротических расстройств.
2. Современная классификация расстройств памяти.
3. Основные клинические проявления невротических.
4. Дифференциальный диагноз при неврозах.
5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).
2. Ситуационные задачи.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Обухов, С.Г. Психиатрия : учеб.пособие для мед.вузов / С.Г.Обухов;под ред.Ю.А.Александровского .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 352с. — ISBN 978-5-9704-0436-2 /в пер./ : 305.00.
2. Психиатрия и наркология : учебник для вузов / Н. Н. Иванец [и др.] .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006 .— 832с. — Библиогр.в конце частей .— ISBN 5-9704-0197-8 /в пер./ : 450.00.
3. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гейслер Е.В., Дроздов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6326>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

4. Психическое здоровье населения: общее понятие психического здоровья; индивидуальное и общественное психическое здоровье; возрастные и половые особенности психического здоровья; психическая конституция; психические эпидемии.

Актуальность темы.

Психическое здоровье — важная составная часть здоровья человека. В первую очередь это обусловлено тем, что организм человека, в котором все элементы взаимосвязаны друг с другом и воздействуют друг на друга, в значительной степени находится под контролем нервной системы, поэтому психическое состояние сказывается на работе каждой из функциональных систем, а состояние последних, в свою очередь, сказывается на психике.

Цель занятия: на основании знаний о психологических феноменах обучить ординаторов методам и способам сохранения и укрепления психического здоровья у населения.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать понятия «психическое здоровье», «общественное психическое здоровье» (Знание - 1).
2. Уметь составить программу мониторинга психического здоровья населения (Умение - 1).
3. Знать методы вторичной и третичной профилактики психических и психосоматических заболеваний (Знание - 2).
4. Владеть навыками психопрофилактической работы (Владение - 1).

Блок информации.

Психическое здоровье должно характеризоваться:

Отсутствием психических или психосоматических заболеваний.

Нормальным возрастным развитием психики.

Благоприятным (нормальным) функциональным состоянием.

Благоприятное психическое состояние рассматривается как комплекс характеристик и функций, соответствующих возрастной норме и обеспечивающих эффективное выполнение человеком задач, стоящих перед ним в различных сферах жизнедеятельности.

Для психики человека, особенно для развивающейся (у ребенка), характерна связь между меняющейся генетической программой с пластичной средой (особенно социальной). Поэтому норма психического здоровья определяется очень сложно, в основном качественно, и граница между болезнью и здоровьем в ряде случаев размыта. Вот почему пограничные состояния значительно более характерны для нервной системы, нежели для других органов и систем. Особенно значимо это при выполнении той или иной работы, сопровождаемой психическим напряжением. Это напряжение — та

физиологическая «цена», которую организм платит за осуществление деятельности. Один и тот же уровень работоспособности у разных людей обеспечивается ценой неодинаковых усилий, что особенно заметно у детей.

Определение нормы здоровья интеллектуально-психической сферы — достаточно сложная задача, что обусловлено большой гибкостью функциональных характеристик нервной системы и сложной динамикой взаимоотношений мозг-среда. Практически задача может быть разрешена путем сложного медико-биологического и психологического обследования, и окончательное заключение может вынести только специалист, а в сфере психического здоровья — сопоставление мнений нескольких специалистов-экспертов в области неврологии, психиатрии, психоневрологии, психологии, психоанализа. Но для текущей оценки психического здоровья, самоконтроля своего состояния каждый человек может использовать некоторые простые приемы, не требующие специального оборудования и специальных знаний.

Несомненным критерием психического здоровья является полноценность сна как важного компонента жизнедеятельности человека.

Одним из ведущих показателей функционального состояния психики является умственная работоспособность, которая интегрирует основные характеристики психики — восприятие, внимание, память и др. Высокий ее уровень — один из основных показателей психического здоровья и функционального состояния организма в целом. Снижение же умственной работоспособности является важным признаком ухудшения психического здоровья. Оно сопровождается увеличением числа ошибок (снижение внимания), трудностями сосредоточения на задаче (падение концентрации внимания), вялостью, апатией, потерей интереса к работе, учебе. Если снижение работоспособности сочетается с вегетативными изменениями (учащение или урежение пульса, усиление потоотделения и др.), головными болями, психосоматическими нарушениями (боли и ощущения дискомфорта в различных областях тела, в области желудка, не связанные с едой, в сердце и т.д.), подавленным состоянием, беспричинными страхами и т.д., то это может свидетельствовать об утомлении или переутомлении.

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов индивидуального и общественного психического здоровья.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Разработка программы психогигиенических мероприятий.

4 этап. Обсуждение вопросов сохранения и укрепления здоровья населения.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – факторы влияющие на психическое здоровье.
2. Современная классификация психических конституций.
3. Основные проявления психических эпидемий.
4. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).
2. Ситуационные задачи.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Обухов, С.Г. Психиатрия : учеб.пособие для мед.вузов / С.Г.Обухов;под ред.Ю.А.Александровского .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 352с. — ISBN 978-5-9704-0436-2 /в пер./ : 305.00.

2. Психиатрия и наркология : учебник для вузов / Н. Н. Иванец [и др.] .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006 .— 832с. — Библиогр.в конце частей .— ISBN 5-9704-0197-8 /в пер./ : 450.00.

3. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гейслер Е.В., Дроздов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6326>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

5. Задачи психиатра в санитарно-гигиеническом воспитании населения.

Актуальность темы.

Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан закреплен приоритет профилактических мер в укреплении и охране здоровья населения.

К числу важнейших профилактических мероприятий относится:

1. Гигиеническое обучение и воспитание населения для формирования здорового образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья.

2. Профилактика заболеваний.

3. Создание и функционирование сети центров медицинской профилактики

4. Создание федеральных научно-исследовательских институтов медицинских проблем формирования здоровья.

Таким образом, гигиеническое образование и воспитание населения является одним из разделов профилактической работы.

Цель занятия: обучить ординаторов методам и способам проведения гигиенического обучения и воспитания населения.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Владеть навыками проведения психогигиенических мероприятий среди взрослого населения (Владение - 1).

2. Знать методы сохранения и укрепления психического здоровья у населения (Знание - 2).

3. Уметь оценить эффективность психопрофилактических занятий (Умение - 1).

4. Владеть навыками проведения психопрофилактической работы среди населения (Владение - 1).

Блок информации.

Основными направлениями гигиенического образования и воспитания населения являются:

1 пропаганда здорового образа жизни;

2 разработка, реализация и оценка эффективности программ гигиенического обучения и воспитания для различных групп населения;

3 координация деятельности различных государственных органов, учреждений, общественных организаций, средств массовой информации, самого населения, направленной на поддержку политики укрепления здоровья и формирования ЗОЖ.

Поскольку основные факторы, определяющие состояние здоровья населения, связаны с образом жизни и окружающей среды, то необходимо:

1. Формировать и поддерживать стремление людей к позитивным изменениям в области жизни через обеспечение их достоверными медико-гигиеническими знаниями, создавать соответствующие мотивации и отношение к здоровью, вырабатывать умение и навыки ЗОЖ и предупреждение заболеваний.

2. Создавать природную и социальную окружающую среду по принципу «делать более здоровый выбор более легким выбором».

В этом случае основными задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

- 1 снижение распространенности курения и употребления табака;
- 2 улучшение качества питания;
- 3 увеличение физической активности;
- 4 смягчение влияния повреждающих психо-социальных факторов и повышения качества жизни,
- 5 соблюдение населением мер личной и общественной профилактики;
- 6 снижение потребления алкоголя;
- 7 профилактика употребления наркотиков и наркотических средств;
- 8 улучшение качества окружающей среды и минимизация повреждающего действия антропогенных факторов.

Санитарное просвещение – специальная область медицинской науки и здравоохранения, имеющая целью формирование знаний и поведения, направленных на обеспечение здоровья индивидуума, коллектива, общества.

Санитарное просвещение является обязательным разделом деятельности каждого ЛПУ, профессиональной обязанностью каждого медицинского работника.

Методы и формы санитарного просвещения:

1. Устные методы (беседа, лекция, диспут, вечер вопросов и ответов, индивидуальная консультация).
2. Печатные методы (книги, журналы, листовки, памятки, буклеты, стенная печать).
3. Изобразительные методы (плоскостные - фото, плакаты, таблицы; объемные - макеты, муляжи, модели; натуральные - предметы).
4. Смешанные методы (урок «Уголок здоровья», кино, эстрада, театр).

Для организационно-методического руководства медицинским персоналом по вопросам предупреждения заболеваний, сохранения и укрепления здоровья в России сформирована специализированная сеть структурных подразделений службы медицинской профилактики:

- в республиках, краях, областях, автономных образованиях: республиканские, краевые, областные, окружные центры медицинской профилактики; в городах и сельских районах: городские, районные центры (отделы) медицинской профилактики;
- в лечебно-профилактических учреждениях: кабинеты (отделения) медицинской профилактики.

Центр медицинской профилактики является самостоятельным практическим учреждением здравоохранения, главным учреждением службы медицинской профилактики и укрепления здоровья.

Основные задачи центра медицинской профилактики

1. определение общих направлений в первичной и вторичной профилактике заболеваний, а также приоритетов в пропаганде медицинских и гигиенических знаний, исходя из анализа показателей заболеваемости населения, демографических данных, состояния экологической и эпидемиологической обстановки;

2. выявление и оценка причинно-следственных связей между здоровьем населения, его образом жизни и разработка на этой основе профилактических мероприятий и практических рекомендаций по коррекции поведения различных групп с целью оздоровления;

3. координация работы органов и учреждений здравоохранения, образования, культуры, других ведомств и организаций по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни в рамках Федеральных комплексных и целевых программ охраны и формирования здоровья населения.

В соответствии с основными задачами центр медицинской профилактики осуществляет: организационно-методическую, учебную, пропагандистскую, научно-практическую, консультативно-оздоровительную деятельность.

Структура центра медицинской профилактики:

- организационно-методический отдел с методическим кабинетом;
- редакционно-издательский отдел;
- кино-фотолаборатория;
- консультативно-оздоровительный отдел.

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов санитарно-гигиенического просвещения.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Разработка программы мероприятий в рамках санитарно-гигиенического просвещения.

4 этап. Обсуждение вопросов сохранения и укрепления здоровья населения.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса – санитарно-гигиеническое воспитание.
2. Современная классификация методов санитарно-гигиенического просвещения.
3. Задачи санитарно-гигиенического воспитания.
4. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).
2. Ситуационные задачи.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Обухов, С.Г. Психиатрия : учеб.пособие для мед.вузов / С.Г.Обухов;под ред.Ю.А.Александровского .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007 .— 352с. — ISBN 978-5-9704-0436-2 /в пер./ : 305.00.
2. Психиатрия и наркология : учебник для вузов / Н. Н. Иванец [и др.] .— М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006 .— 832с. — Библиогр.в конце частей .— ISBN 5-9704-0197-8 /в пер./ : 450.00.
3. Гейслер Е.В. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Гейслер Е.В., Дроздов А.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 158 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/6326>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

6. Основы наркологии

Актуальность темы.

Количество лиц, допускающее немедикаментозное употребление наркотических и токсических средств, на пороге XXI века достигло почти 2% всего населения РФ и составляет более 3 млн человек. Причём как наркотические, так и токсические средства употребляют примерно 10% молодых людей в возрасте до 25 лет. Количество наркозависимых людей продолжает постоянно повышаться. Многие из этих лиц употребляют несколько психоактивных веществ.

Цель занятия: на основании знания этиологии, патогенеза, классификации, клиники, данных лабораторного и инструментального исследований принципов лечения, ординатор должен научиться диагностировать заболевания, сформулировать развернутый диагноз и уметь назначить индивидуальное комплексное лечение больному с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. На основании жалоб, анамнеза и физикального обследования уметь заподозрить у больного психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (Умение - 1).
2. Уметь составить программу обследования больного для подтверждения диагноза (Умение - 1).
3. Владеть методами вторичной профилактики различных видов зависимостей (Владение - 1).

Блок информации.

Наркология – научная дисциплина, изучающая условия возникновения и механизмы формирования зависимости от психоактивных веществ, их токсические эффекты с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики обусловленных ими заболеваний. Предметом наркологии являются заболевания, причины которых возникли как последствия употребления психоактивных веществ. Отсюда следует, что наркологи должны заниматься лечением последствий употребления наркотиков — токсического поражения печени, сердца, головного мозга и т.д., а также устранением физической зависимости. Устранение же тяги к наркотикам, то есть психической зависимости — вне обязанностей и возможностей наркологов. Однако они «лечат» психическую зависимость от наркотиков, что с одной стороны хорошо — хоть какая-то часть наркоманов временно прекращает употребление наркотиков, а с другой — плохо, так как создается видимость адекватной помощи наркоманам. В предмет наркологии входит изучение

проявлений, этиологии и патогенеза наркологических заболеваний. В задачи наркологии входит изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, поиск наиболее рациональных приемов и методов профилактики и лечения, построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений, сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний, планирование и организация наркологической помощи населению.

Психология алкоголизма. А. - заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков; проявляется постоянной потребностью в опьянении, расстройством психической деятельности, соматическими и неврологическими нарушениями, падением работоспособности, утратой социальных связей, деградацией личности. Возникает вследствие регулярного употребления спиртных напитков, однако, полностью сформировавшись, может продолжать развиваться и при воздержании от алкоголя. Зависимые от спиртного - такие же люди, как и все остальные. Под термином "психология алкоголизма" имеют в виду те особенности поведения и черты личности, которые настолько часто и настолько в устойчивых сочетаниях встречаются у страдающих от злоупотребления спиртным, настолько бросаются в глаза, что уже стали как бы "визитной карточкой" недуга. Гораздо более четко, чем обычно, зависимость от алкоголя проявляет то, что многие из нас, не страдающие этой губительной страстью, тщательно в себе изживают или скрывают. Одна из наиболее вероятных на сегодня, пожалуй, причина заболевания - воспитание в среде злоупотребляющих алкоголем, порочные традиции. Существуют и другие возможные причины алкоголизма. алкоголизм в принципе неизлечим. С точки зрения практики медицины, речь может идти только о ремиссии, которая достигается постоянным фармакологическим и психотерапевтическим контролем за состоянием больного на протяжении всей его жизни. Помочь пациенту изменить свои осознаваемые и неосознаваемые психические шаблоны, которые держат его в клетке алкогольной болезни, помочь ему вновь обрести душевно-духовную целостность, самодостаточность - и таким образом избавиться от рабства перед спиртным.

Мотивы употребления алкоголя и наркотиков.

Группы мотивов:

1. Гедонистические.
2. Атарактические.
3. Мотивы гиперактивации поведения.
4. Аддиктивный мотив –мотив зависимости.
5. Мотив самоповреждения.

В рамках делинквентного наркотического поведения основным мотивом употребления наркотических веществ можно считать стремление человека противостоять реальности, протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, эпатаж, стремление «взорвать ситуацию», действовать назло родителям, учителям. Индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с

собственными установками и ценностями. Он убежден, что все его проблемы обусловлены факторами действительности, и единственный способ достижения своих целей — борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Данный вариант формирования психологической зависимости от наркотика следует рассматривать как протестный, требующий гармонизации отношений человека с его окружением. При аддиктивном варианте основным мотивом употребления наркотических веществ становится уход от реальности в иллюзорный, субъективно значимый и комфортный мир. Преобладающей становится гедонистическая мотивация, а типичным — феномен «жажды острых ощущений». Приобщение к наркотическому веществу происходит целью вывода себя из состояния скуки, безразличия, безрадостности. Наркотическое аддиктивное поведение, по данным наших исследований, носит поисковый (творческий, креативный) характер.

Продолжительность занятия – 2 академических часа.

Этапы планирования занятия.

1 этап. Проверка исходного уровня знаний проводится с помощью интерактивных форм обучения («Кейсы»)

2 этап. Разбор вопросов этиологии, патогенеза, клиники, лечения аддикций.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка симптомов в синдромы, обоснование предварительного диагноза. Назначение плана обследования больного и анализ дополнительных данных. Дифференциальная диагностика. Формулировка уточненного клинического диагноза больного.

4 этап. Обсуждение вопросов лечения и профилактики.

5 этап. Ординаторы работают с учебно-методическим материалом. Преподаватель организует и контролирует работу ординаторов.

6 этап. Контроль конечного уровня знаний ординаторов осуществляется с помощью решения клинических задач. В заключении занятия дается домашнее задание с установкой основной цели и указывается литература, необходимая для подготовки.

Учебные элементы.

1. Научно-методическое обоснование темы. Актуальность вопроса — распространённость, медико-социальная значимость заболевания.

2. Современная классификация форм и типов аддиктивного поведения.

3. Основные клинические проявления аддикций в различные возрастные периоды.

4. Дифференциальный диагноз различных видов нарушения влечений.

5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

1. Демонстрационные материалы (схемы, таблицы).
2. Ситуационные задачи.
4. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
5. Тематические истории болезни.

7. Литература

1. Клиническая психиатрия. Детский возраст [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.И. Скугаревская [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Минск: Вышэйшая школа, 2006.— 463 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20216>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
2. Колоколов Г.Р. Судебная психиатрия [Электронный ресурс]: курс лекций/ Колоколов Г.Р.— Электрон. текстовые данные.— М.: Экзамен, 2007.— 215 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/1163>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
3. Психиатрия и наркология : учеб.пособие / В. Д. Менделевич [и др.] ; под ред. В. Д. Менделевич .— М. : Академия, 2005 .— 368с. : ил. — (Высшее профессиональное образование:Медицина) .— ISBN 5-7695-2092-2 /в пер./ : 162.36.Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 240 с.