

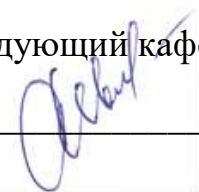
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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)
«Медицинская психология»

основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программ ординатуры

по специальности подготовки
31.08.68 Урология

Идентификационный номер образовательной программы: 310868-01-23

Тула 2023 год

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
фонда оценочных средств (оценочных материалов)

Разработчик(и):

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



(подпись)

Содержание

1. Возрастная клиническая психология
2. Психология девиантного поведения
3. Методы исследования в медицинской психологии
4. Тип психологического отношения к болезни (тип реагирования на заболевания)
5. Психология лечебного взаимодействия
6. Суть конфликтов в системе врач (медицинский работник) – больной

1. Возрастная клиническая психология

Актуальность темы.

Возрастная психология – это одна из областей психологии. Предметами возрастной психологии являются изучение и формирование представлений о психическом развитии детей каждого возрастного этапа и переходе из одного возраста в другой. Составляются психологические характеристики каждого возрастного этапа развития детей. Каждая возрастная стадия имеет свои неповторимые характеристики и внутренние условия развития. Возрастная психология занимается изучением динамики процессов психики. Для возрастной психологии интересно понятие «возраст», которое Л. С. Выготский описал как некий цикл в развитии человека, который имеет собственную структуру и динамику. В процессе каждого цикла развития происходят психологические и физиологические изменения, которые не зависят от индивидуальных отличий и присущи всем людям (учитывая норму их развития).

Цель занятия: на основании знаний о психологических особенностях различных возрастных периодов, научиться учитывать их в профессиональной деятельности.

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать психологические особенности пациентов различных возрастных групп (Знание - 1).
2. Уметь учитывать возрастные особенности пациентов в профессиональной деятельности врача (Умение - 1).
3. Уметь дифференцировать возрастные психологические особенности и психические нарушения (Умения - 1).
4. Знать методы и способы психопрофилактической работы в различных возрастных группах (Знание - 2).

Блок информации.

В развитии возрастной психологии выделяется ряд проблем.

1. Развитие психики и поведения ребенка, обусловленное внешней средой и физиологическим созреванием. Анатомо-физиологическое состояние организма имеет большое значение для развития психики ребенка. Без сформированных физиологических процессов нельзя говорить о личностном росте. Учитывая органические поражения или перенесенные в раннем возрасте заболевания, влияющие на развитие психики либо задерживающие ее процессы, становится понятно, что без органического созревания невозможно развитие психики. Некоторые ученые считают влияние внешней среды более значимым, чем развитие организма. Но

точный ответ на вопрос, что и в какой период в большей степени влияет на психическое развитие ребенка, не найден.

2. Влияние на развитие психики ребенка обучения и воспитания, причем как спонтанного, стихийного, так и специально организованного. На данный момент ученые не могут ответить на вопрос, что же в большей степени влияет на психическое развитие детей: специально организованный процесс воспитания и обучения или процесс стихийный, складывающийся в повседневной жизни. Под организованными понимают специально созданные процессы (семейное воспитание, обучение в детских садах, школах, институтах), под стихийными – процессы, возникающие спонтанно при взаимодействии с социумом.

3. Проблема, обусловленная возможностями ребенка, наличием у него задатков и способностей. Каждый человек рождается с определенными задатками. Зависит ли в дальнейшем их наличие на развитие у ребенка определенных способностей? Чем являются задатки, и обусловлены ли они генетически? Можно ли к ним присоединить те психические качества, которые человек приобретает? У ученых нет ответов на эти вопросы.

4. Сравнение и выявление наиболее влияющих на психическое развитие ребенка изменений (эволюционного, революционного, ситуационного). Пока не найден ответ на вопрос, что в большей степени определяет психическое развитие ребенка: процессы, протекающие медленно, но имеющие обратимый характер (эволюционные); процессы, возникающие достаточно редко, но проходящие ярко и глубоко (революционные), или процессы, не имеющие постоянной формы, но воздействующие постоянно (ситуационные).

5. Выявление основной определяющей психического развития. Что это: изменение личности или развитие интеллекта? Что в большей степени влияет на психическое развитие: личностный рост или интеллектуальное развитие? Может быть, эти процессы сами зависят друг от друга? Ответы на эти вопросы учеными пока не найдены.

Общая психология, изучая человека, исследует его личностные особенности и познавательные процессы (а это все психологические функции, такие как речь, мышление, воображение, память, ощущения, внимание, восприятие), благодаря которым человек познает окружающий его мир, получая и осваивая всю поступающую информацию. Познавательные процессы играют большую роль в формировании знаний.

Личность включает в себя свойства, которые определяют дела, поступки человека, эмоции, способности, диспозиции, установки, мотивации, темперамент, характер и волю. Теоретические и практические знания о воспитании и обучении детей неразрывно связаны со всеми отраслями психологии, такими как:

- 1) генетическая психология;
- 2) психофизиология;
- 3) дифференциальная психология;
- 4) возрастная психология;

- 5) социальная психология;
- 6) педагогическая психология;

7) медицинская психология. Генетическая психология занимается исследованием механизмов психики и поведения, унаследованных от родителей, изучает их обусловленность генотипом. Дифференциальная психология занимается изучением индивидуальных особенностей человека, отличающих его от других. В возрастной психологии эти различия представлены по возрастам. Социальная психология исследует взаимоотношения людей в социуме: на работе, дома, в институте, в школе и т. д. Знания социальной психологии очень важны для организации результативного процесса воспитания.

Педагогическая психология занимается изучением процессов воспитания и обучения, созданием их новых методов, учитывая особенности каждого возраста.

Медицинская психология (а также патопсихология и психотерапия) изучает возникающие отклонения в психике и поведении человека от принятой нормы.

Главными целями этих отраслей психологии являются исследование и объяснение причин возникновения различных психических нарушений и отклонений, а также создание методов по их предотвращению и коррекции (лечению).

Существует еще одна отрасль в психологии – юридическая, которая имеет большое значение в воспитании. Она исследует возможности человека усваивать правовые нормы и правила.

Сама возрастная психология делится на несколько разделов: детская психология, психология юности, психология зрелого возраста и геронтопсихология.

Все эти отрасли психологии тесно взаимосвязаны, так как незнание или непонимание одной из них является большим недостатком в процессе формирования обучения и воспитания. Психологические процессы каждого возраста имеют свои особенности, и, для того чтобы избежать или грамотно устранить возникающие проблемы, необходимы знания иных отраслей психологии.

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 периодизации развития человека.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка психологических феноменов, обоснование предварительного заключения. Назначение плана обследования пациента и анализ дополнительных данных. Формулировка заключения о психологических возрастных особенностях пациентов.

4 этап. Обсуждение вопросов психодиагностики, психокоррекции и психопрофилактики.

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, психолого-медицинская значимость темы.
2. Современные возрастные периодизации по разным авторам.
3. Основные проявления психологических возрастных особенностей в клинике
4. Дифференциальный диагноз различных видов психических нарушений и возрастных психологических особенностей.
5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

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

7. Литература

1. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

2. Менделевич, В.Д. Психиатрия и наркология : учеб.пособие / В.Д.Менделевич [и др.];под ред.В.Д.Менделевича .— М. : Академия, 2005 .— 368с. : ил. — (Высшее профессиональное образование:Медицина) .— ISBN 5-7695-2092-2 /в пер./ : 162.36.

3. Практикум по общей и медицинской психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ В.В. Марилов [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Российский университет дружбы народов, 2011.— 232 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11575>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

2. Психология девиантного поведения

Актуальность темы.

Девиантное поведение — это, с одной стороны, поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам или стандартам, а с другой — социальное явление, выраженное в массовых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам или стандартам. Социальный контроль — механизм социальной регуляции, совокупность средств и методов социального воздействия, а также социальная практика их использования.

Цель занятия: на основании знания основ девиантологии научиться выявлять .

Учебно-целевые задачи

Ординатор должен:

1. Знать психологические особенности пациентов различных возрастных групп (Знание - 1).
2. Уметь учитывать возрастные особенности пациентов в профессиональной деятельности врача (Умение - 1).
3. Уметь дифференцировать возрастные психологические особенности и психические нарушения (Умения - 1).
4. Знать методы и способы психопрофилактической работы в различных возрастных группах (Знание - 2).
5. Владеть методы выявления девиаций (Владение - 1).

Блок информации.

Причины девиантного поведения раньше пытались объяснить исходя из биологических особенностей нарушителей норм — специфическими физическими чертами, генетическими отклонениями; на основе психологических особенностей — умственной отсталости, различных проблем психического характера. При этом психологическим механизмом формирования большинства девиаций объявлялось аддиктивное поведение (аддикция — пагубное пристрастие), когда человек стремится убежать от сложностей реальной жизни, используя для этого алкоголь, наркотики, азартные игры. Итогом аддикции является разрушение личности.

Биологические и психологические трактовки причин девиации не нашли однозначных подтверждений в науке. Более достоверны выводы социологических теорий, рассматривающих происхождение девиации в широком общественном контексте.

Согласно концепции дезориентации, предложенной французским социологом Эмилем Дюркгеймом (1858-1917), питательной почвой для

девиаций являются социальные кризисы, когда происходит рассогласование принятых норм и жизненного опыта человека и наступает состояние аномии — отсутствия норм.

Американский социолог Роберт Мертон (1910-2003) считал, что причиной девиаций является не отсутствие норм, а невозможность им следовать. Аномия - это разрыв между предписанными культурой целями и доступностью социально одобряемых средств для их достижения.

В современной культуре ведущими целями считаются успех и богатство. Но общество не предоставляет всем людям законных средств для достижения этих целей. Поэтому человеку приходится или выбирать незаконные средства, или отказываться от цели, заменив ее иллюзиями благополучия (наркотиками, алкоголем и т.д.). Еще один вариант девиантного поведения в такой ситуации — бунт против общества, культуры и установленных целей и средств.

В соответствии с теорией стигматизации (или навешивания ярлыков) все люди склонны к нарушению норм, но девиантами становятся те, на кого «наклеен» ярлык девианта. Например, бывший преступник может отказаться от своего преступного прошлого, но окружающие будут воспринимать его как преступника, избегать общения с ним, отказывать в приеме на работу и т.д. В итоге у него остается только один вариант — вернуться на криминальный путь.

Отметим, что в современном мире девиантное поведение наиболее характерно для молодежи как нестабильной и наиболее уязвимой социальной группы. В нашей стране особую тревогу вызывают молодежный алкоголизм, наркомания, преступность. Для борьбы с этими и другими девиациями требуются комплексные меры социального контроля.

Девиантность возникает уже в процессе первичной социализации человека. Она связана с формированием мотивации, социальных ролей и статусов человека в прошлом и настоящем, которые противоречат друг другу. Например, роль школьника не совпадает с ролью ребенка. Мотивационная структура человека носит амбивалентный характер, в ней находятся как позитивные (конформные), так и негативные (девиантные) мотивы действий.

Социальные роли постоянно меняются в процессе жизни человека, усиливая или конформные, или девиантные мотивации. Причина этого — развитие общества, его ценностей и норм. То, что было девиантным, становится нормальным (конформным), и наоборот. Например, социализм, революция, большевики и т. п. мотивы и нормы были девиантными для царской России, и их носителей наказывали ссылками и тюрьмой. После победы большевиков прежние девиантные нормы были признаны нормальными. Крах советского общества превратил его нормы и ценности снова в девиантные, что стало причиной нового девиантного поведения людей в постсоветской России.

Для объяснения девиантного поведения предлагают несколько версий. В конце XIX века возникла теория итальянского врача Ламброзо о

генетических предпосылках девиантного поведения. «Криминальный тип», по его мнению, является результатом деградации людей на ранних стадиях развития. Внешние признаки девиантного человека: выступающая нижняя челюсть, пониженная чувствительность к боли и т. п. В наше время к биологическим причинам девиантного поведения относят аномалии половых хромосом или дополнительные хромосомы.

Психологическими причинами девиации называют «слабоумие», «дегенеративность», «психопатию» и т. п. Например, Фрейд обнаружил тип человека с врожденным психическим влечением к разрушению. Сексуальная девиация якобы связана с глубинным страхом кастрации и т. п.

Зараженность «плохими» нормами духовной культуры представителей средних и высших слоев от низших слоев тоже считается причиной девиантного поведения. «Инфицирование» происходит во время общения «на улице», в результате случайных знакомств. Некоторые социологи (Миллер, Селлин) полагают, что низшие социальные слои обладают повышенной готовностью к риску, острым ощущениям и т. п.

Одновременно влиятельные группы обращаются с людьми низшего слоя как с девиантными, распространяя на них единичные случаи своего девиантного поведения. Например, в современной России «лиц кавказкой национальности» считают потенциальными торговцами, ворами, преступниками. Здесь можно упомянуть и влияние телевидения, назойливую демонстрацию сцен девиантного поведения.

Туманность нормативных формул мотивации, которыми руководствуются люди в сложных ситуациях — также причина девиантного поведения. Например, формулы «делай как можно лучше», «ставь интересы общества выше своих» и т. п. не позволяют достаточно адекватно мотивировать свои действия в конкретной ситуации. Активный конформист будет стремиться к амбициозным мотивам и проектам действий, пассивный — сократит свои усилия до пределов собственного спокойствия, а человек с конформистско-девиантной мотивацией всегда найдет лазейку для оправдания своего девиантного поведения.

Социальное неравенство — еще одна важнейшая причина девиантного поведения. Фундаментальные потребности у людей достаточно схожи, а возможности их удовлетворить у разных социальных слоев (богатых и бедных) разные. В таких условиях бедные получают «моральное право» на девиантное поведение по отношению к богатым, выражающееся в разных формах экспроприации имущества. Данная теория, в частности, легла в идеологический фундамент революционной девиации большевиков против имущих классов: «грабь награбленное», аресты имущих, принудительные работы, расстрелы, ГУЛАГ. В этой девиации налицо расхождение между несправедливыми целями (полное социальное равенство) и несправедливыми средствами (тотальное насилие).

Конфликт между нормами культуры данной социальной группы и общества — тоже причина девиантного поведения. Субкультура студенческой или армейской группы, низшего слоя, банды существенно

разнятся между собой своими интересами, целями, ценностями, с одной стороны, и возможными средствами их реализации, с другой стороны. В случае их столкновения в данном месте и в данное время — например, на отдыхе — возникает девиантное поведение по отношению к принятым в обществе культурным нормам.

Классовая сущность государства, якобы выражающая интересы экономически господствующего класса, — важная причина девиантного поведения как государства по отношению к угнетенным классам, так и последних по отношению к нему. С точки зрения этой конфликтологической теории, издаваемые в государстве законы защищают прежде всего не трудящихся, а буржуазию. Коммунисты оправдывали свое негативное отношение к буржуазному государству его угнетательской природой.

Аномия - причина девиации, предложенная Э. Дюркгеймом при анализе причин самоубийств. Она представляет девальвацию культурных норм человека, его мировоззрения, ментальности, совести вследствие революционного развития общества. Люди, с одной стороны, теряют ориентацию, а с другой стороны, следование прежним культурным нормам не ведет к реализации их потребностей. Так случилось с советскими нормами после распада советского общества. В одночасье миллионы советских людей стали россиянами, живущими в «джунглях дикого капитализма», где «человек человеку — волк», где действует конкуренция, объясняемая социал-дарвинизмом. В таких условиях одни (конформисты) адаптируются, другие становятся девиантами вплоть до преступников и самоубийц.

Важной причиной девиантного поведения являются социальные (в том числе войны), техногенные и природные катаклизмы. Они нарушают психику людей, усиливают социальное неравенство, вызывают дезорганизацию правоохранительных органов, что становится объективной причиной девиантного поведения многих людей.

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 классификации девиаций.

3 этап. Разбор конкретных ситуаций. Расспрос, группировка психологических феноменов, обоснование предварительного заключения. Назначение плана обследования пациента и анализ дополнительных данных. Формулировка заключения о наличии или отсутствии девиантного поведения, обоснование.

4 этап. Обсуждение вопросов психодиагностики, психокоррекции и психопрофилактики.

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, психолого-медицинская значимость темы.
2. Современные классификации девиаций по разным авторам.
3. Основные проявления девиантного поведения в ЛПУ.
4. Дифференциальный диагноз различных видов психических нарушений и социальных девиаций.
5. Решение типовых и нетиповых задач по теме.

Оснащение.

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

7. Литература

1. Нагаев В.В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов вузов/ Нагаев В.В., Жолковская Л.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014.— 463 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/34488>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю
2. Менделевич, В.Д. Психиатрия и наркология : учеб.пособие / В.Д.Менделевич [и др.];под ред.В.Д.Менделевича .— М. : Академия, 2005 .— 368с. : ил. — (Высшее профессиональное образование:Медицина) .— ISBN 5-7695-2092-2 /в пер./ : 162.36.
3. Практикум по общей и медицинской психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ В.В. Марилов [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: Российский университет дружбы народов, 2011.— 232 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/11575>.— ЭБС «IPRbooks», по паролю

3. Методы исследования в медицинской психологии

Актуальность темы.

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

Для невроза характерно:

1. обратимость патологических нарушений, независимо от его длительности;
2. психогенная природа, заболевания, которая определяется существованием содержательной связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного;
3. 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) неврастении. 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 неврастении 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 неврастении достаточно упорядочения режима труда, отдыха и сна. Больного при необходимости следует перевести на другую работу, устранить причину эмоционального напряжения. При гиперстенической форме (стадии) неврастении 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. Рекомендуется 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, стонаний, 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 обсессивно-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.
3. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
4. 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. Тип психологического отношения к болезни (тип реагирования на заболевания)

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.
3. Методические разработки для преподавателей и ординаторов.
4. 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. Психология лечебного взаимодействия

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. Суть конфликтов в системе врач (медицинский работник) – больной

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.