федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

Психиатрия, медицинская психология

по направлению специальности

31.05.02 Педиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №9 от 30.04.2021 г

Оренбург

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является В результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) обучающийся должен: овладеть знаниями по общим вопросам психиатрии, по медицинской психологии и психиатрии, а также сформировать умение написания полной истории болезни по психиатрии или наркологии, а также уметь написать направление больного к психиатру или наркологу.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | | | Тема самостоятельной  работы | | Форма  самостоятельной работы | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля | |
| 1 | | | 2 | | 3 | 4 | 5 | |
| Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины | | | | | | | | |
| 1 | | |  | | Написание полной клинической истории болезни | Контроль выполнения практического задания; проверка историй болезни | КСР, на базе практической подготовки | |
| 2 | | |  | | Итоговое тестирование по всей дисциплине | Тестирование | Компьютерное тестирование | |
| … | | |  | |  |  |  | |
| Самостоятельная работа в рамках модуля | | | | | | | | |
| 1 | | | Модуль «Медицинская психология» | | Подготовка рефератов | Проверка рефератов | КСР, на базе практической подготовки | |
| 2 | | | Модуль «Общая психопатология» | | Подготовка рефератов | Проверка рефератов | КСР, на базе практической подготовки | |
| Написание амбулаторной истории болезни | Контроль выполнения практического задания | Аудиторная- на практических занятиях | |
| … | | | Модуль «Частная психиатрия» | | Подготовка рефератов | Проверка рефератов | КСР, на базе практической подготовки | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля«Медицинская психология» | | | | | | | | |
| 11 | | | Тема «Психология больного. ВКБ. Понятие о психосоматических заболеваниях. Психологическая защита, копинг-поведение.» | | Исследование темперамента, уровня нейротизма и направленности реагирования у студентов с помощью психологического опросника Айзенка под контролем преподавателя  Тестовые задания на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического  задания  Тестирование  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 22 | | | Тема «Психология медицинского работника. Деонтология. Понятие о реабилитация больных. Социально-психологические аспекты реабилитации. Психология семейных отношений.» | | Определение социальной перцепции студентов с помощью психологического опросника Айзенка для под контролем преподавателя  Тестовые задания на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Подготовка к практическому занятию | Контроль выполнения практического  задания  Тестирование  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| Самостоятельная работа в рамках практических  Модуля «Общая психопатология» | | | | | | | | |
| 11 | Тема «Предмет и задачи психиатрии. Расстройства ощущений и восприятия: иллюзии, галлюцинации. Бред, сверхценные идеи, навязчивые состояния.» | | | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому заданию  Написание психического статуса больного с выделением у него основных симптомов и синдромов  Подготовка к практическому занятию | Тестирование  Контроль выполнения практического  задания  Контроль выполнения практического  задания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 22 | Тема «Когнитивные нарушения. Расстройства памяти, слабоумие.» | | | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание психического статуса больного с выделением у него основных симптомов и синдромов  Подготовка к практическому занятию | Тестирование  Контроль выполнения практического  задания  Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 33 | Тема «Аффективные и кататонические расстройства» | | | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание психического статуса больного с выделением у него основных симптомов и синдромов  Подготовка к практическому занятию | Тестирование  Контроль выполнения практического  задания  Проверка практических навыков  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| 44 | Тема «Нарушение ясности сознания. Важнейшие психопатологические синдромы. Написание амбулаторной истории болезни.» | | | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание амбулаторной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического залания  Устный опрос | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях | |
| … |  | | | |  |  |  | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля«Курация больных» | | | | | | | | |
| 11 | | | Тема «Курация больных. Работа с больничной историей болезни для написания полной историей болезни.» | | Написание полной истории болезни | Контроль выполнения практического задания | КСР, на базе практической подготовки | |
| … | | |  | |  |  |  | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Частная психиатрия» | | | | | | | | |
| 11 | | Тема «Симптоматические психозы (Сифилис мозга. Прогрессивный паралич. Психические расстройства при СПИДе. Психоэндокринный синдром. Психические нарушения у соматических больных). | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 22 | | Тема «Наркологические заболевания (Алкоголизм. Наркомании. Токсикомании.) | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 33 | | Тема «Патология развития. (Психопатии. Олигофрения. Отклонения поведения детей и подростков.)» | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 44 | | Тема «Психогенные заболевания (Реактивные психозы, неврозы, нервная анорексия)» | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 55 | | Тема «Органические заболевания. (Черепно-мозговая травма. Эпилепсии.)» | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 6 | | Тема «Эндогенные заболевания (Шизофрения. Эндогенные аффективные психозы.)» | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях; КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |
| 7 | | Тема «Организация психиатрической и наркологической помощи в РФ. Правовые вопросы психиатрии и наркологии (Закон о психиатрической помощи в РФ.Экспертиза психических и наркологических заболеваний.) Лечение психических больных (психофармакологическое, биологическое, психотерапевтическое), их реабилитация. Психогигиена и психопрофилактика.» | | Комплекс заданий на самостоятельное выполнение при подготовке к практическому занятию  Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Тестирование  Контроль выполнения практического задания  Контроль выполнения практического задания  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная - на практических занятиях |

**3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.**

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «TimesNewRoman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания обучающимся по подготовке**

**к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использоватьклассическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Указания о работе с больными в психиатрической больнице**

(К 1 и всем другим занятиям)

1. При работе с детьми проявлять максимальную приветливость, стараясь расположить к себе ребенка. Если разговор с ребенком не удается, нельзя считать, что его исследование невозможно; необходимо наблюдать за его поведением, справиться о его поведении у персонала.
2. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем взрослым больным следует обращаться на «Вы», называя их по имени и отчеству.
3. Беседовать с больными в серьезном, неторопливым тоне. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
4. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направлять разговор в нужную сторону.
5. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости адресовать его к лечащему врачу.
6. Не вести в присутствии больного разговоров на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
7. Не обманывать больных. Воздерживаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
8. Следить, чтобы больной после обследований не остался без надзора. Побеседовав с ним, передавать его дежурному санитару. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
9. Не выполнять без ведома врача просьб больного: не передавать письма, вещи, не сообщать посетителям каких-либо сведений.
10. Не оставлять ничего в отделении, в частности, лезвий от бритв, булавок и т.п.
11. В тех случаях, когда предоставляется возможность беседы с родственниками, не следует им сообщать медицинские данные и свои суждения о болезни.

**Методические указания обучающимся к написанию**

**психического статуса**

Студенту надлежит описать психическое состояние больного, сосредоточившись на тех проявлениях, которые относятся к расстройствам, изучаемым на данном занятии. Он должен выделить симптомы и синдром (синдромы); по возможности и те, которые не относятся к теме занятия. Для этого он использует сведения из тех лекций, которые им уже прослушаны.

Студент на каждом из занятий по общей психопатологии курирует нового больного. На двух студентов обычно дается один больной –один из кураторов ведет расспрос, а другой — делает записи; на следующем занятии они меняются ролями. Описание психического статуса с установлением симптомов и синдрома — основной способ отчета в выполнении практической задачи; преподаватель должен сделать заключение о нем после демонстрации больного, а если больной на занятии не демонстрируется, то после беседы в процессе разбора аналогичного больного или в конце занятия

В работе с больным, в составлении статуса, анализа его студент руководствуется: 1)планом психического статуса; 2)указаниями об особенностях работы в психиатрической больнице, дополнительными указаниями по методике исследования памяти и умственных способностей. Психический статус зачитывается вслух одним из кураторов.

**План психического статуса**

Ориентировка во времени, месте, собственной личности. Доступность — вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость, нежелание общаться. Манера держаться: спокоен, смущен, робок, застенчив, развязан, манерен. Темп психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, разнообразие, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, выразительность, у детей — дефекты произнесения звуков, слов, наличие фразовой речи, запас слов. Мышление: связанность, последовательность, быстрота. Поведение в отделении, степень активности, у детей — склонность к антисоциальным поступкам (ложь, хулиганство, воровство). Занятие: у детей — участие в играх, склонность к коллективной или индивидуальной игре: организатор, подражатель. Аккуратность в одежде и еде, у детей — овладение навыками самообслуживания. Дисциплинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настроения, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование, у детей — на посещение родителей, на ласку. Обманы восприятия (галлюцинации, иллюзии, психосенсорные нарушения), их подробная характеристика. В ней нужно отразить, что именно воспринимает больной, бывают ли обманы постоянно или эпизодически, ночью или в любое время суток. Отношение больного к галлюцинациям. Болезненные (бредовые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденности, активность в доказательствах), как они влияют на поведение.

Внимание, память. Уровень мышления: конкретно-образный. Абстрактный, примеры высказываний больного, у детей — круг сведений об окружающем, о предметах и их использовании; богатство или бедность воображения. Суждения, способность к обобщению и различению существенного и второсте­пенного (приемы исследования памяти и мышления). Критика. Внимательность в беседе, сообщение сведений о своем прошлом, запас знаний, суждений об окружающем.

**Приемы исследования памяти и мышления у детей**

**До 3 лет:**

1. Запас слов
2. Назвать окружающие предметы
3. Назвать свое имя

**От 3 до 5 лет:**

1. Назвать свою фамилию, имя, пол.
2. Повторить 3 фразы из 4-5 слов - «Птица летит в гнездо», «У меня есть собака», «Когда идет дождь бывает сыро».
3. Из 8-10 слов: «Его зовут Ваней. Он учится в школе» «Шура услышала свисток и увидела поезд». «Летом в лесу было много грибов и ягод».
4. Повторить 2-4 цифры: 7, 4, 9, 5, 5, 3, 9, 2, 8, 5, 4.
5. Различение форм: круг, квадрат, треугольник.

**От 5 до 7 лет:**

Ответить на вопрос о том:

1. Сколько ему лет?
2. Повторить фразы из 8-10 слов («Летом Вася каждый день ходил ловить рыбу». «Когда дети вернулись домой, мама позвала их обедать». Кошка поймала мышь и принесла ее в нашу комнату».).
3. Определить предметы по употреблению «Ложкой едят щи, а что делают метлой, топором, карандашом, ножом? Видел стол? Что это такое? Что такое кукла? Лошадь? Вилка?»
4. Различие между утром и вечером: «Сейчас утро или вечер, сейчас день или ночь?».

**От 7 до 9 лет:**

1. «Сколько пальцев на левой руке? На правой? На обеих?»
2. Сравнение понятий: Какая разница между мухой и бабочкой? Камнем и яйцом? Деревом и стеклом? Мясом и костью?
3. Назвать дни недели.
4. Посчитать от 1 до 20. Посчитать назад от 20 до 1.
5. Указать сходство яблока и груши, железа и серебра, парохода и автомобиля, дров и угля.
6. Определить, что такое ракета, север, экскурсия, коллектив, парад (определение понятий).

**От 9 до 12 лет:**

1. Образование обобщений: «Грачи, воробьи — птицы; это ты уже знаешь, а знаешь ли ты, что такое розы, фиалки? Пальто, пиджак? Елки, липа, береза? Стул, кровать, стол?»
2. Называние даты (день, число, месяц, год).
3. Понять и запомнить прочитанное (короткую сказку, басню).

**Пример:** Лев и мышь.

Мышка пробежала по спящему льву. Лев проснулся и схватил маленькое животное своими сильными лапами. «Прости меня», - пропищала мышка — «и подари мне мою жизнь, я буду за это премного благодарна, я не хотела тебе вредить». Лев великодушно подарил ей свободу и подумал про себя: «Как может мышка отблагодарить льва?». Некоторое время спустя мышка услышала в своей норке, что лев рычит. Она выглянула наружу и увидела, что лев попался в сети. Она разгрызла веревку, так что он смог разорвать сети.

1. Вопросы, относящиеся к способности соображения:
2. Когда опоздал на поезд, что нужно делать?
3. Когда тебя нечаянно ударил товарищ, что нужно делать?
4. Если разломал предмет, не принадлежащий тебе, что нужно сделать?
5. Критика (понимание несообразностей)

а) Один несчастный велосипедист разбил себе голову и тот час умер, его отправили в больницу и очень боятся, что он не выздоровеет.

б) У меня 3 брата: Павел, Сергей и я. (О наличии несообразности следует предупредить)

1. Определение отвлеченных понятий: доброта, ложь, забота.
2. Задание на обобщение: указать сходство: а) змея, корова, воробей;

б) книга, газета, радио; в) нож, копейка, проволока; г) огур­цы, картофель, свекла.

**12 лет и старше:**

1. Исследование памяти: заучивание 10 слов.
2. Сравнение понятий: пчела — муха, ребенок-карлик, птица-самолет, обман-ошибка, солнце-луна, автобус — лошадь.
3. Пересказать басню или рассказ. Выделить главную мысль
4. Арифметическая задача: если 2 тетради стоят 5 копеек, сколько тетрадей можно купить на 50 копеек.

**Приемы исследования внимания у детей**

В результате наблюдения в ходе беседы выявить слушает ли больной, что ему говорят или он рассеян, способен сосредоточиться или отвлекаем.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРИЕМЫ

1. Повторение больным короткого рассказа, соответствующего возрасту и развитию ребенка (несколько раз прочесть рассказ, а затем воспроизвести смысл прочитанного).

2. Для исследования переключаемости внимания заставляют больного рисовать треугольники острым углом вверх. Когда он нарисует их на 4-5 строчках, предлагают рисовать треугольники острым углом вниз.

**Приемы исследования памяти и мыслительной деятельности у взрослых больных**

**Внимание**

Наблюдение в беседе должно выявить рассеян ли больной, слушает ли, что ему говорят, отвлекается ли.

1. Повторение больным короткого рассказа или басни.
2. Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13. Перечисление дней недели в прямом и обратном порядке.

**Память**

1. Запоминание текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел. Знает ли больной свое место в палате, срок своего пребывания в больнице, время поступления, знает ли, кто его врач, его имя.
2. Выполнение задания на запоминание нескольких цифр, слов (от 5 до 10) нужно спросить несколько раз через 1, через 10 минут.
3. Умение больным передать содержание короткого рассказа или басни («Лев и мышь» и др.).
4. Память на прошедшие события, на общеизвестные исторические факты, на события личной жизни, сохранность школьных и профессиональных знаний. Конфабуляции выявляются в рассказах больного о своей жизни или путем специальных наводящих вопросов: «Что вчера здесь произошло?», «Где были вчера?», «Кого встречали?», «Куда ходили, ездили?».

**Мыслительная способность**

При исследовании мыслительных способностей, суждений, сообразительности, критики, кроме проб используются данные, которые выясняются путем наблюдения за поведением больных в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувства такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определении степени слабоумия принимается во внимание культурный уровень больного, его образование, запас знаний. Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание больным возможных причин таких поступков. Способность к более сложным суждениям и к абстрактному мышлению исследуется путем проб на:

а) разграничение понятий, например: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка;

б) понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применить их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа;

в) умение решить задачу из области привычных навыков, например: приготовить пищу, покрасить пол, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т. п.

г) при исследовании критики выясняют:

1. Отношение пациента к его болезни в целом — считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает факт заболевания.
2. Отношение пациента к отдельным болезненным изменениям. Устанавливают, как сам больной оценивает снижение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи. Отношение больного к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способность уловить ошибки в суждении других больных или нелепость суждения нарочито высказанную собеседником.
3. Критика больного к своему поведению: отметить такие проявления, как развязность, бестактность, непонимание больным ситуации, в частности, отношения к нему окружающих, определить его оценку неправильных поступков других больных, отметить реакции больного на собственные неправильные поступки и суждения при указании на них.

**Схема амбулаторной истории болезни**

Студенты педиатрического факультета курируют больных как взрослых, так и детей. Поскольку общая схема описания и порядок обследования его методики не имеет принципиальных отличий, здесь приводится план амбулаторной истории болезни, которым необходимо руководствоваться при курации как ребенка, так и взрослого.

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основные анамнестические данные (если их можно получить от больного)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основные данные из неврологического и соматического статусов (указать только отклонения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Краткий психический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз психопатологического синдрома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Предположительный нозологический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Методические рекомендации обучающимся по написанию полной истории болезни**

Студенты педиатрического факультета курируют больных как взрослых, так и детей. Поскольку общая схема описания и порядок обследования его методики не имеет принципиальных отличий, здесь приводится подробный план истории болезни, которым необходимо руководствоваться при курации как ребенка, так и взрос­лого.

Необходимо понимать, что у ребенка «субъективный анамнез» не может быть достаточно полным, что самое важное для его обследования — объективный анамнез должен быть достаточно подробным, содержать подробное описание всех деталей физического и нервно-психического развития ребенка, условий, в которых он растет и развивается. С другой стороны, от взрослых больных нет возможности получить о детстве такие сведения и поэтому расспрос их об этом может быть ограничен теми .данными, которые имеют явное значение для понимания болезни взрослого (болезни родителей, задержка развития, тяжелые условия в детстве, слабая успеваемость в школе, проявление детской «нервности», тяжелые инфекции, физические и психические травмы).

**План полной истории болезни**

**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес, дата поступления в клинику.

**II. АНАМНЕЗ ОБЪЕКТИВНЫЙ И СУБЪЕКТИВНЫЙ**

1. Наследственность: ближайшие родственники (отец, мать, братья, сестры, дед, бабка по отцу и матери и т.д.), судьба которых известна — наличие среди них психически и нервнобольных, людей со странностями в характере, отстающих в развитии, самоубийц, больных алкоголизмом, эндокринными заболеваниями, си­филисом и пр.
2. Состав семьи, материальное положение, бытовые условия, характер взаимоотношений в семье.
3. Возраст родителей в момент рождения больного, их здоровье.
4. Время наступления первой беременности у матери после ее замужества, количество беременностей, их исход: искусственное прерывание, мертворождения, выкидыши, нормальные роды — в последнем случае — судьба братьев и сестер: здоровы, умерли в раннем детстве, какова причина смерти
5. От какой по счету беременности родился. Как протекала беременность (без патологии, с токсикозом, наличие инфекционных и соматических заболеваний — принимались ли лекарственные средства и какие, физические и психические травмы — на каком месяце).
6. Роды — физиологические, патологические, срочные, преждевременные, поздние, их длительность. Родовая деятельность: сильная, нормальная, слабая; применяли ли стимуляторы, родовспо­можение (лекарственное, механическое, в том числе наложение щипцов, Кесарево сечение).
7. Состояние ребенка — при рождении и в первые дни после него: закричал сразу, асфиксия, ее степень, применялись ли реанимационные мероприятия и какие. Возраст. Спустя какое время был приложен к груди: в срок, позднее. Сосательный рефлекс.
8. Раннее детство. Тип вскармливания: грудью — до которого времени, искусственное, смешанное — почему; аппетит, режим кормления. Физическое и психическое развитие: когда начал держать головку, сидеть, стоять, ходить, узнавать близких, первые слова, .фразы, усвоения навыков приема пищи, опрятность, пове­дение в играх: активен, пассивен. Заболевания: диспепсия, пневмония и пр.
9. Дошкольный возраст. Особенности взаимоотношения с родственниками: ласков, приветлив, послушен, неразговорчив, капризен, упрям. Особенности поведения в детском коллективе: любил шумные игры, играл в одиночку, замкнут, реакции на инструкции воспитателей. Особенности воспитания (мягкое, с чрезмерной заботой, строгое, с чрезмерной требовательностью и недостатком ласки, отсутствие общей линии у родителей). Страхи, заикания, сноговорение, энурез.
10. Школьный возраст — интерес к учебе, способность, любимый предмет, прилежание, дисциплинированность, участие в общественной жизни, художественной самодеятельности, прочие интересы, успеваемость, реакции на оценки, взаимоотношения с учителями, родителями, товарищами: пассивный член компании, «вожак».
11. Время проявления интереса к противоположному полу, полового созревания (появление месячных, поллюций), взаимоотношения с противоположным полом. Половое влечение, способы удовлетворения (онанизм, ранняя половая жизнь). Нервно-психические отклонения в этот период: замкнутость, раздражительность, смена интересов и др.
12. Профессиональная деятельность. Время начала трудовой деятельности. Мотивы выбора профессии, их смена, причины. Смена мест работ, причина. Взаимоотношения в коллективе, с руководителями, подчиненными. Отношение к работе
13. Время вступления в брак. Мотивы.
14. Какие перенес заболевания, травмы, операции будучи взрослым.
15. Вредные привычки (курение, алкоголизм, прочие), размеры злоупотребления.
16. Характерологические особенности до заболевания

**III.АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Болезненные эпизоды в прошлом, как и когда отмечены. Первые признаки заболевания, дальнейшее развитие заболевания до момента помещения в больницу и обследования куратором.

**IV.НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ.**

1. **Краткие соматические и неврологические данные.** Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследованиях.
2. **Психический статус** (см. План психического статуса — )

**V. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

1. Перечисление физических и психических симптомов
2. Синдромальный диагноз
3. Оценка течения заболевания
4. Оценка «почвы» и этиологии
5. Предположительный диагноз
6. Дифференциальный диагноз
7. Окончательный диагноз

**VI. НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ИЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

**Схема направления в психиатрический или наркологический стационар**

НАПРАВЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название учреждения)

НАПРАВЛЯЕТСЯ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ОБСЛЕДОВАНИЕ)

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(областную психиатрическую больницу, наркологический диспансер)

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_срок п/о\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса родственников (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для госпитализации в стационар\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Госпитализация: а)добровольная; б) недобровольная.

(подчеркнуть)

При недобровольной госпитализации указать основания (критерии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последний раз лечился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование психиатрического стационара и дата)

Оказанная неотложная психиатрическая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о параклинических обследованиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объективные сведения о больном (анамнез, катамнез) напрвляется в больницу первично, повторно с указанием проводимого лечения до поступления в стациоар, диспансерного наблюдения ( о АДП, АПЛ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психиатрический статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сомато-неврологический статус с указанием температуры тела, наличие телесных повреждений, угрожающих для жизни явлений, контакт с инфекционными больными, осмотр на педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз (синдромальный и предположительный нозологический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач общей практики:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**КРАТКИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ОБОСНОВАНИЮ ДИАГНОЗА (методика клинического разбора)**

Для того, чтобы диагноз был правильным, нужны последовательные и логически верные умозаключения. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содействовать систе­матическому мышлению в каждом конкретном случае.

1. **Выделение симптомов**

Прежде всего, нужно дать себе отчет в том, какие конкретные симптомы неврологические, соматические и психопатологические могут быть усмотрены в совокупности фактических данных, приведенных в истории болезни, и перечислить все эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов может обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам.

1. **Синдромальный диагноз**

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, объединенных единым патогенезом и связанных определенной закономерностью возникновения) — основная единица, которой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соответствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. ФОС). «Номенклатура синдромов».

Квалификация синдрома бывает затруднительной ввиду нечеткой клинической картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к разным синдромам. В таких случаях нужно назвать мотивы, по которым состояние больного относится к тому или иному синдрому.

1. **Оценка течения заболевания**

Оценка картины состояния, синдромальный диагноз только один из критериев нозологического диагноза. Другой критерий — течение заболевания. Поэтому необходимо дать терминологическую квалификацию течения, не повторяя фактического описания его в истории болезни.

Нередко врачу приходится иметь дело с длительно текущим заболеванием и оценка течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, но и для прогноза и выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у каждого больного. Особенно важно определение типа начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром является преобладающим, ведущим на том или ином этапе болезни. Важно также уловить моменты смены — перехода простых, «малых» синдромов в сложные, «большие». Например, в случае параноидной шизофрении с типичным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный парафренный.

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессирующее, прогредиентное, ремиттирующее, периодическое (фазное), пароксизмальное, регредиентное течение.

1. **Оценка «почвы» и этиологии**

В понятие «почва» вкладывается понятие конституции больного, всех тех моментов из его прошлого, которые могли бы повлиять на возникновение болезни и формирование ее картины. Должна быть дана оценка данных о наследственности больного, о вредностях, которые действовали на больного в прошлом, о его характероло­гических особенностях и конституциональных физических свойствах.

В качестве предполагаемых причин психоза прежде всего должны быть рассмотрены те внешние влияния, на которые есть достоверные указания в анамнезе. Должны быть учтены не только основные, но и дополнительные причины и условия (в частности, психологическая ситуация.

1. **Предполагаемый диагноз (выбор диагноза)**

Полнота описания и систематизация болезненных проявлений помогают правильно квалифицировать состояние больного, избежать субъективности и при условии знания частной патологии остановиться на конкретном предположительном диагнозе.

Далеко не всегда врач встречается с теми отчетливыми и типичными сочетаниями синдромов и других клинических признаков, которые описаны в книгах. Неопытный и невнимательный диагност, «настроившись» на какое-нибудь заболевание, «подгоняет» данный случай к типичной картине заболевания, находит у больного симптомы, известные из книг, но отсутствующие в данном случае, и не замечает тех симптомов, которые противоречат его диагностическому предположению.

Только вначале, при построении предположительного диагноза можно руководствоваться теми симптомами и анамнестическими данными, которые соответствуют той или иной болезненной форме, оставляя в стороне не характерные для нее признаки. В процессе дальнейшей проверки и обсуждения этого первоначального диагноза эти характерные признаки должны быть взвешены (см. раздел «дифференциальный диагноз»).

**Пример:** В-в Сергей, 10 лет. Бабка по линии отца страдала параноидной формой шизофрении. С детства сторонился друзей, родных, большую часть времени проводил один. В 4-х летнем возрасте около 3-х месяцев было состояние, когда называл себя лошадкой, ходил на четвереньках, надевал на руки туфли, называя это копытцами, пищу принимал лишь на полу, старался есть, не пользуясь ложкой и вилкой и прямо с тарелки. Просил родителей называть его лошадкой, спать ложился только на полу. Это состояние прошло, но после стал вялым, не принимал участия в детских играх, держался замкнуто. В школу пошел с 7 лет, учился слабо, не проявляя интереса ни к одному из предметов, во втором классе остался на второй год. После того, как был свидетелем драки, которую учинил пьяный отец, стал кричать во сне, просыпался, говорил, что ему страшно. Успокоенный родителями ложился спать. Несколько раз днем, гуляя по саду, прибегал в комнату и заявлял, что его кто-то «окрикивает по имени из кустов», при этом испытывал страх. В то же время стал говорить родителям, что у него «неправильные, косые глаза», «якобы на это обращают внимание все прохожие и оглядываются на него». При беседе с врачом вял, мимика небогатая, интереса к собеседнику не обнаруживает.

Анализируя клиническую картину из приведенной истории болезни, можно выделить следующие симптомы: эпизодические расстройства восприятия, бредовые идеи отношения, Дисморфофобический бред, ночные страхи, бедную эмоциональность. Синдром следует охарактеризовать, как бредовой по своей структуре, он ближе к параноидному (несистематизированный бред с отдельными вербальными обманами), на фоне эмоционально-волевого снижения. Оценивая течение болезни, можно предположить, что заболевание возникло в 4-х летнем возрасте, что подтверждается отмечаемым в этом периоде длительным симптомом «перевоплощения» (в «лошадку»), последующим обеднением интересов. Большинство фактов указывает на возможность детской шизофрении с обострением в пубертатном возрасте.

1. **Дифференцальный диагноз**

Первый — наиболее принятый путь становление дифференциального диагноза — сличение (аналогия) с заболеваниями, имеющими сходную картину с заболеваниями, при которых бывают такие же синдромы. Второй путь дифференциального диагноза более сложен, но он в большей мере учитывает конкретные, индивидуальные особенности данного случая болезни. Этим вторым способом предположительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые не характерны для предполагаемой формы. Используем такой путь для контроля предположитель­ного диагноза шизофрении в последнем примере. Возникновение психических расстройств после психической травмы, симптом ночных страхов дает основание для диагноза детского невроза. Однако, приводя сличение и выявляя отличия между этими заболеваниями, мы отмечаем возникновение болезненных расстройств задолго до конфликта (странные поступки (перевоплощение), отсутствие интересов, замкнутость). Сама клиническая картина, наблюдаемая после психотравмы, не укладывается в рамки невроза: Дисморфофобический бред, идеи отношения. Такой контроль подтверждает нами предполагаемый диагноз детской шизофрении.

1. **Окончательный диагноз**

Предполагаемый диагноз ограничивается указанием только на нозологическую форму и является самым кратким, самым общим, абстрактным диагнозом. Окончательный диагноз — развернутый, конкретный, он является результатом всего анализа заболевания, должен учитывать как типичное, общее для всех случаев данной нозологической формы, так и частное, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для этой формы симптомы). Такой диагноз называют также структурным, имея ввиду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение «почвы», основного и дополнительного факторов, особенности процесса и его локализации и т. п.

Окончательный диагноз должен быть сформулирован таким образам, чтобы наряду с нозологической формой в нем были указаны: 1) вариант этой формы; 2) важнейший синдром; 3) тип течения; 4) этап или стадия течения; 5) выраженность патологических отклонений; 6) особенности локализации; 7) особенности «почвы», наследственности, характера и т. п.

Окончательный диагноз — самое ответственное умозаключение врача, поэтому он должен быть сформулирован с исчерпывающей полнотой и конкретностью, так как он служит основой для мотивации прогноза, лечения и последующего социального устройства больного.

В нашем примере окончательный диагноз должен быть сформулирован так: детская шизофрения с обострением в пубертатном возрасте после психической травмы у личности с наследственной отягощенностью и шизоидными чертами в преморбиде. Параноидный синдром. Эмоционально-волевой дефект. Злокачественное непрерывно-прогредиентное течение. Окончательный диагноз дает основание и для прогноза

В нашем примере он неблагоприятный — по достижению совершеннолетия больному скорее всего нужно будет оформить II группу инвалидности с трудоустройством в специальные лечебно-трудовые мастерские.

**Методические рекомендации обучающимся**

**по подготовке к тестовым заданиям.**

Выполнение тестовых заданий по темам модулей предоставляет обучающимся возможность самостоятельно контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Тестовые задания охватывают основные вопросы по изучаемой теме. У обучающегося есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий обучающиеся должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других источников. Итоговое тестирование выполняется на последнем занятии дисциплины. Обучающийся имеет возможность самостоятельно в режиме обучения готовиться к тестированию.

При работе с тестами следует соблюдать определенные правила:

1. прежде чем приступить к практическим заданиям, необходимо студентам разобраться в теории вопроса; проработать информационный материал по дисциплине. (Список рекомендованной основной и дополнительной литературы приведен в ФОС);
2. придерживаться принципа последовательности при выполнении заданий, так как их очередность имеет внутреннюю логику, а сложность возрастает постепенно;
3. не пытаться угадывать ответы или подгонять свое решение под готовый ответ;
4. приступая к работе с тестами, внимательно и до конца прочтите вопрос и предлагаемые варианты ответов. Выберите правильные (их может быть несколько;
5. в процессе решения желательно применять несколько подходов в решении задания. Это позволяет максимально гибко оперировать методами решения, находя каждый раз оптимальный вариант;
6. если Вы встретили чрезвычайно трудный для Вас вопрос, не тратьте много времени на него. Переходите к другим тестам. Вернитесь к трудному вопросу в конце;
7. обязательно оставьте время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

**Личностный опросник Г. Айзенка. (Тест на темперамент EPI. Диагностика самооценки по Айзенку. Методика определения темперамента)**

Личностный опросник Ганса Айзенка (EPI) поможет вам узнать свой темперамент, определить тип темперамента с учетом интроверсии и экстраверсии личности, а так же эмоциональной устойчивости. Диагностика самооценки по Г. Айзенку является, пожалуй, классической методикой для определения темперамента и одной из самых значимых в современной психологии. Пройдя  тест на темперамент Айзенка, вы сможете лучше познать свое собственное Я. Вы поймете, что представляет из себя ваш характер и сможете занять более правильную позицию в жизни. Знание темперамента своих близких и друзей, поможет вам комфортно уживаться в семье и в трудовом коллективе. Так, например, в некоторых школах, поступающий должен пройти тест на темперамент. В соответствии с этими тестами в дальнейшем будут формироваться классы. Многие работодатели при приеме на работу так же предлагают пройти тест на темперамент, чтобы выбрать того из соискателей, который удачно впишется в коллектив.

**Инструкция**. Вам предлагается ответить на 57 вопросов. Вопросы направлены на выявление вашего обычного способа поведения. Постарайтесь представить типичны ситуации и дайте первый «естественный» ответ, который придет вам в голову. Если вы согласны с утверждением, поставьте рядом с его номером знак + (да), если нет — знак — (нет). Стимульный материал к Личностному опроснику Г. Айзенка (Тест на темперамент EPI. Диагностика самооценки по Айзенку. Методика определения темперамента).

1. Нравится ли вам оживление и суета вокруг вас?
2. Часто ли у вас бывает беспокойное чувство, что вам что-нибудь хочется, а вы не знаете что?
3. Вы из тех людей, которые не лезут за словом в карман?
4. Чувствуете ли вы себя иногда счастливым, а иногда печальным без какой-либо причины?
5. Держитесь ли вы обычно в тени на вечеринках или в компании?
6. Всегда ли в детстве вы делали немедленно и безропотно то, что вам приказывали?
7. Бывает ли у вас иногда дурное настроение?
8. Когда вас втягивают в ссору, предпочитаете ли вы отмолчаться, надеясь, что все обойдется?
9. Легко ли вы поддаетесь переменам настроения?
10. Нравится ли вам находиться среди людей?
11. Часто ли вы теряли сон из-за своих тревог?
12. Упрямитесь ли вы иногда?
13. Могли бы вы назвать себя бесчестным?
14. Часто ли вам приходят хорошие мысли слишком поздно?
15. Предпочитаете ли вы работать в одиночестве?
16. Часто ли вы чувствуете себя апатичным и усталым без серьезной причины?
17. Вы по натуре живой человек?
18. Смеетесь ли вы иногда над неприличными шутками?
19. Часто ли вам что-то так надоедает, что вы чувствуете себя «сытым по горло»?
20. Чувствуете ли вы себя неловко в какой-либо одежде, кроме повседневной?
21. Часто ли ваши мысли отвлекаются, когда вы пытаетесь сосредоточиться на чем-то?
22. Можете ли вы быстро выразить ваши мысли словами?
23. Часто ли вы бываете погружены в свои мысли?
24. Полностью ли вы свободны от всяких предрассудков?
25. Нравятся ли вам первоапрельские шутки?
26. Часто ли вы думаете о своей работе?
27. Очень ли вы любите вкусно поесть?
28. Нуждаетесь ли вы в дружески расположенном человеке, чтобы выговориться, когда вы раздражены?
29. Очень ли вам неприятно брать взаймы или продавать что-нибудь, когда вы нуждаетесь в деньгах?
30. Хвастаетесь ли вы иногда?
31. Очень ли вы чувствительны к некоторым вещам?
32. Предпочли бы вы остаться в одиночестве дома, чем пойти на скучную вечеринку?
33. Бываете ли вы иногда беспокойными настолько, что не можете долго усидеть на месте?
34. Склонны ли вы планировать свои дела тщательно и раньше чем следовало бы?
35. Бывают ли у вас головокружения?
36. Всегда ли вы отвечаете на письма сразу после прочтения?
37. Справляетесь ли вы с делом лучше, обдумав его самостоятельно, а не обсуждая с другими?
38. Бывает ли у вас когда-либо одышка, даже если вы не делали никакой тяжелой работы?
39. Можно ли сказать, что вы человек, которого не волнует, чтобы все было именно так, как нужно?
40. Беспокоят ли вас ваши нервы?
41. Предпочитаете ли вы больше строить планы, чем действовать?
42. Откладываете ли вы иногда на завтра то, что должны сделать сегодня?
43. Нервничаете ли вы в местах, подобных лифту, метро, туннелю?
44. При знакомстве вы обычно первыми проявляете инициативу?
45. Бывают ли у вас сильные головные боли?
46. Считаете ли вы обычно, что все само собой уладится и придет в норму?
47. Трудно ли вам заснуть ночью?
48. Лгали ли вы когда-нибудь в своей жизни?
49. Говорите ли вы иногда первое, что придет в голову?
50. Долго ли вы переживаете после случившегося конфуза?
51. Замкнуты ли вы обычно со всеми, кроме близких друзей?
52. Часто ли с вами случаются неприятности?
53. Любите ли вы рассказывать истории друзьям?
54. Предпочитаете ли вы больше выигрывать, чем проигрывать?
55. Часто ли вы чувствуете себя неловко в обществе людей выше вас по положению?
56. Когда обстоятельства против вас, обычно вы думаете тем не менее, что стоит еще что-либо предпринять?
57. Часто ли у вас сосет под ложечкой перед важным делом?

**Ключ, обработка результатов Личностного опросника Г. Айзенка (Тест на темперамент EPI. Диагностика самооценки по Айзенку. Методика определения темперамента)**

**Экстраверсия - интроверсия:**

«да» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56;

«нет» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

**Нейротизм (эмоциональная стабильность - эмоциональная нестабильность):**

«да» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

**«Шкала лжи»:**

«да» (+): 6, 24, 36;

«нет» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Ответы, совпадающие с ключом, оцениваются в 1 балл.

Интерпретация результатов Личностного опросника Г. Айзенка (Тест на темперамент EPI. Диагностика самооценки по Айзенку. Методика определения темперамента)

**При анализе результатов следует придерживаться следующих ориентиров.**

**Экстраверсия - интроверсия:**

1. больше 19 - яркий экстраверт,
2. больше 15 - экстраверт,
3. больше 12 - склонность к экстраверсии,
4. 12 - среднее значение,
5. меньше 12 - склонность к интроверсии,
6. меньше 9 - интроверт,
7. меньше 5 - глубокий интроверт.

**Нейротизм:**

больше 19 - очень высокий уровень нейротизма,

больше 13 - высокий уровень нейротизма,

9 - 13 - среднее значение,

меньше 9 - низкий уровень нейротизма.

**Ложь:**

больше 4 - неискренность в ответах, свидетельствующая также о некоторой демонстративности поведения и ориентированности испытуемого на социальное одобрение,

меньше 4 - норма.

**Описание шкал**

**Экстраверсия** — интроверсия Характеризуя типичного экстраверта, автор отмечает его общительность и обращенность индивида вовне, широкий круг знакомств, необходимость в контактах. Он действует под влиянием момента, ипульсивен, вспыльчив, беззаботен, оптимистичен, добродушен, весел. Предпочитает движение и действие, имеет тенденцию к агрессивности. Чувства и эмоции не имеют строгого контроля, склонен к рискованным поступкам. На него не всегда можно положиться.

**Типичный интроверт** — это спокойный, застенчивый, интроективный человек, склонный к самоанализу. Сдержан и отдален от всех, кроме близких друзей. Планирует и обдумывает свои действия заранее, не доверяет внезапным побуждениям серьезно относится к принятию решений, любит во всем порядок. Контролирует свои чувства, его нелегко вывести из себя. Обладает пессимистичностью, высоко ценит нравственные нормы.

**Нейротизм**

Характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость (эмоциональная стабильность или нестабильность). Нейротизм, по некоторым данным, связан с показателями лабильности нервной системы. Эмоциональная устойчивость — черта, выражающая сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях. Характеризуется зрелостью, отличной адаптацией, отсутствием большой напряженности, беспокойства, а также склонностью к лидерству, общительности. Нейротизм выражается в чрезвычайной нервности, неустойчивости, плохой адаптации, склонности к быстрой смене настроений (лабильности), чувстве виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивных реакциях, рассеянности внимания, неустойчивости в стрессовых ситуациях. Нейротизму соответствует эмоциональность, импульсивность; неровность в контактах с людьми, изменчивость интересов, неуверенность в себе, выраженная чувствительность, впечатлительность, склонность к раздражительности. Нейротическая личность характеризуется неадекватно сильными реакциями по отношению к вызывающим их стимулам. У лиц с высокими показателями по шкале нейротизма в неблагоприятных стрессовых ситуациях может развиться невроз.

**Круг Айзенка**



**Пояснение к рисунку "круг Айзенка":**

**Сангвиник** = стабильный + экстравертированный

**Флегматик** = стабильный + интровертированный

**Меланхолик** = нестабильный + интровертированный

**Холерик** = нестабильный + экстравертированный

Представление результатов по шкалам экстраверсии и нейротизма осуществляется при помощи системы координат. Интерпретация полученных результатов проводится на основе психологических характеристик личности, соответствующих тому или иному квадрату координатной модели с учетом степени выраженности индивидуально-психологических свойств и степени достоверности полученных данных.

Привлекая данные из физиологии высшей нервной деятельности, Айзенк высказывает гипотезу о том, что сильный и слабый типы, по Павлову, очень близки к экстравертированному и интровертированному типам личности. Природа интроверсии и экстраверсии усматривается во врожденных свойствах центральной нервной системы, которые обеспечивают уравновешенность процессов возбуждения и торможения.

Таким образом, используя данные обследования по шкалам экстраверсии, интроверсии и нейротизма, можно вывести показатели темперамента личности по классификации Павлова, который описал четыре классических типа: сангвиник (по основным свойствам центральной нервной системы характеризуется как сильный, уравновешенный, подвижный), холерик (сильный, неуравновешенный, подвижный), флегматик (сильный, уравновешенный, инертный), меланхолик (слабый, неуравновешенный, инертный).

**«Чистый» сангвиник** (высокая экстраверсия и низкий нейротизм) быстро приспосабливается к новым условиям, быстро сходится с людьми, общителен. Чувства легко возникают и сменяются, эмоциональные переживания, как правило, неглубоки. Мимика богатая, подвижная, выразительная. Несколько непоседлив, нуждается в новых впечатлениях, недостаточно регулирует свои импульсы, не умеет строго придерживаться выработанного распорядка, жизни, системы в работе. В связи с этим не может успешно выполнять дело, требующее равной затраты сил, длительного и методичного напряжения, усидчивости, устойчивости внимания, терпения. При отсутствии серьезных целей, глубоких мыслей, творческой деятельности вырабатываются поверхностность и непостоянство.

**Холерик** (высокая экстраверсия и высокий нейротизм) отличается повышенной возбудимостью, действия прерывисты. Ему свойственны резкость и стремительность движений, сила, импульсивность, яркая выраженность эмоциональных переживаний. Вследствие неуравновешенности, увлекшись делом, склонен действовать изо всех сил, истощаться больше, чем следует. Имея общественные интересы, темперамент проявляет в инициативности, энергичности, принципиальности. При отсутствии духовной жизни холерический темперамент часто проявляется в раздражительности, эффективности, несдержанности, вспыльчивости, неспособности к самоконтролю при эмоциональных обстоятельствах.

**Флегматик** (высокая интровесия и высокий нейротизм) характеризуется сравнительно низким уровнем активности поведения, новые формы которого вырабатываются медленно, но являются стойкими. Обладает медлительностью и спокойствием в действиях, мимике и речи, ровностью, постоянством, глубиной чувств и настроений. Настойчивый и упорный «труженик жизни», он редко выходит из себя, не склонен к аффектам, рассчитав свои силы, доводит дело до конца, ровен в отношениях, в меру общителен, не любит попусту болтать. Экономит силы, попусту их не тратит. В зависимости от условий в одних случаях флегматик может характеризоваться «положительными» чертами - выдержкой, глубиной мыслей, постоянством, основательностью и т. д., в других - вялостью, безучастностью к окружающему, ленью и безволием, бедностью и слабостью эмоций, склонностью к выполнению одних лишь привычных действий.

**Меланхолик** (высокая интроверсия и высокий нейротизм). У него реакция часто не соответствует силе раздражителя, присутствует глубина и устойчивость чувств при слабом их выражении. Ему трудно долго на чем-то сосредоточиться. Сильные воздействия часто вызывают у меланхолика продолжительную тормозную реакцию (опускаются руки). Ему свойственны сдержанность и приглушенность моторики и речи, застенчивость, робость, нерешительность. В нормальных условиях меланхолик - человек глубокий, содержательный, может быть хорошим тружеником, успешно справляться с жизненными задачами. При неблагоприятных условиях может превратиться в замкнутого, боязливого, тревожного, ранимого человека, склонного к тяжелым внутренним переживаниям таких жизненных обстоятельств, которые вовсе этого не заслуживают.

**4.Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.**

Критерии оценивания выполненных заданий представлены***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикрепленк рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.