федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**по дисциплине «Психотерапия детского возраста»**

по направлению подготовки (специальности) ординатуры

**31.08.22 « ПСИХОТЕРАПИЯ**

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.22 «Психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018г.

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: систематизировать знания по основам психотерапии, овладение полным объёмом, глубиной и степенью теоретических знаний и сформировать практические навыки с учётом всех разделов программы, необходимых для работы в должности врача-психотерапевта.

**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 работы1 | Форма контроля самостоятельной работы  *(в соответствии с разделом 4 РП)* | Форма  контактной  работы при  проведении  текущего  контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий*  *модуля* «**Общие принципы психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и лечебной педагогики у детей и подростков**» *и т.д. (дисциплины)5* | | | | |
| 1 | Тема «*Общие принципы психодиагностики, психокоррекции, психотерапии и лечебной педагогики у детей и подростков*» | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
| *Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий*  *модуля* «**Связь психотерапии и ребёнка с коррекцией семейных отношений, воспитания и обучения в дошкольных и школьных учреждениях; принципы комплексности психотерапии и реабилитации детей**» *и т.д. (дисциплины)5* | | | | |
| 2 | Тема «*Принципы комплексности психотерапии и реабилитации детей*» | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
| *Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий*  *модуля* «**Выбор лечебной тактики и методов психотерапии в зависимости от природы заболевания и особенностей клинической картины болезни**» *и т.д. (дисциплины)5* | | | | |
| 4 | Тема *«Общие принципы психотерапии детей и подростков»* | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
|  | Тема *«Особенности использования методов частной психотерапии в младшем, среднем и подростковом возрасте»* | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |
|  | Тема *«Особенности специальной психотерапии при психопатологических синдромах и состояниях у детей»* | работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); курация больных и написание микроистории болезни | Тестирование, устный опрос, защита истории болезни | -На базе практической подготовки  -Внеаудиторная  -Аудиторная |

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

**3.1.** **Методические указания обучающимся**

**по формированию навыков конспектирования лекционного материала**

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[ - сделать выписки;

[ ] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходе лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

**3.2**. **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 использовать* *классическую 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.

**3.3. Методические указания по подготовке письменного конспекта**

Конспект (от лат. conspectus — обзор, изложение) – 1) письменный текст, систематически, кратко, логично и связно передающий содержание основного источника информации (статьи, книги, лекции и др.); 2) синтезирующая форма записи, которая может включать в себя план источника информации, выписки из него и его тезисы.

В процессе выполнение самостоятельной работы можно использовать следующие виды конспектов: (*преподаватель может сразу указать требуемый вид конспекта, исходя из целей и задач самостоятельной работы)*

- плановый конспект (план-конспект) – конспект на основе сформированного плана, состоящего из определенного количества пунктов (с заголовками) и подпунктов, соответствующих определенным частям источника информации;

- текстуальный конспект – подробная форма изложения, основанная на выписках из текста-источника и его цитировании (с логическими связями);

- произвольный конспект – конспект, включающий несколько способов работы над материалом (выписки, цитирование, план и др.);

- схематический конспект (контекст-схема) – конспект на основе плана, составленного из пунктов в виде вопросов, на которые нужно дать ответ;

- тематический конспект – разработка и освещение в конспективной форме определенного вопроса, темы;

- опорный конспект (введен В.Ф. Шаталовым) — конспект, в котором содержание источника информации закодировано с помощью графических символов, рисунков, цифр, ключевых слов и др.;

- сводный конспект – обработка нескольких текстов с целью их сопоставления, сравнения и сведения к единой конструкции;

- выборочный конспект – выбор из текста информации на определенную тему.

В процессе выполнение самостоятельной работы обучающийся может использовать следующие формы конспектирования: (*преподаватель может сразу указать требуемую форму конспектирования, исходя из содержания задания и целей самостоятельной работы)*

- план (простой, сложный) – форма конспектирования, которая включает анализ структуры текста, обобщение, выделение логики развития событий и их сути;

- выписки – простейшая форма конспектирования, почти дословно воспроизводящая текст;

- тезисы – форма конспектирования, которая представляет собой выводы, сделанные на основе прочитанного;

- цитирование – дословная выписка, которая используется, когда передать мысль автора своими словами невозможно.

*Алгоритм выполнение задания*:

1) определить цель составления конспекта;

2) записать название текста или его части;

3) записать выходные данные текста (автор, место и год издания);

4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;

5) выделить основные положения текста;

6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;

7) последовательно и кратко изложить своими словами существенные положения изучаемого материала;

8) включить в запись выводы по основным положениям, конкретным фактам и примерам (без подробного описания);

9) использовать приемы наглядного отражения содержания (абзацы «ступеньками», различные способы подчеркивания, ручки разного цвета);

10) соблюдать правила цитирования (цитата должна быть заключена в кавычки, дана ссылка на ее источник, указана страница).

**3.4.Решение ситуационных задач**

Проблемно-ситуационные задачи – разновидность практического задания, предполагающая решения вопроса в определенной ситуации. И вопрос, и сама ситуация могут иметь проблемный характер. В большинстве случаев проблемно-ситуационные задачи имеют профессиональную направленность. Позволяют оценить умения студентов применять полученные теоретические знания в различного рода ситуациях.

**3.5.Написание психотерапевтической (психосоматической) истории болезни**

Проверка практических навыков может применяться для контроля сформированности у студентов практических действий (медицинских манипуляций) с «пациентом». Позволяет оценить умения и навыки студентов применять полученные теоретические знания (о тех или иных действия и манипуляциях) в стандартных и нестандартных ситуациях.

**Методические указания по проведению курации больных и написание психотерапевтической (психосоматической) истории болезни.**

**Примерная структура учебной истории болезни**

1.Обложка.

2. Паспортная часть (общие сведения о больном).

3.Жалобы больного.

4.Субъективный анамнез, состоящий из истории жизни больного, семейного анамнеза, истории настоящего заболевания.

5.Объективный анамнез.

6.Соматический статус.

7.Неврологический статус.

8.Психический статус по следующей схеме:

8.1. внешний вид;

8.2.коммуникабельность (вступление в общение);

8.3.нарушения сознания;

8.4.нарушения ощущений и восприятия;

8.5.расстройства внимания;

8.6.нарушения памяти;

8.7.нарушения мышления;

8.8.нарушения интеллекта;

8.9.эмоциональные расстройства;

8.10. волевые расстройства с характеристикой поведения.

9.Квалификация психического статуса.

10.Экспериментально-психологическое исследование (патопсихологическое исследование) с заключением.

11.Лабораторные исследования и консультации специалистов.

12.Обоснование диагноза.

13.Дифференциальный диагноз.

14.Реабилитация.

15.Экспертиза.

16.Клинический и социально-трудовой прогноз и рекомендации.

17.Используемая литература.

***Жалобы больного***

Клиническое психиатрическое обследование больного начинает­ся с выявления его жалоб. В личной беседе с больным в отсутствии его родственников и других больных следует ненавязчиво, коррект­но спросить о его жалобах на психическое и физическое самочув­ствие.

Вопросы должны быть поставлены в краткой, лаконичной и наи­более общей форме. Следует избегать конкретных целенаправленных вопросов, чтобы исключить фактор внушения со стороны куратора тех или иных нарушений психики. Больной должен по возможности самостоятельно, активно излагать свои жалобы. При этом куратору следует отметить, какие жалобы названы больным в числе первых и затем осторожно поинтересоваться, являются ли основными, наи­более беспокоящими больного и какие жалобы можно, по мнению больного, отнести к второстепенным.

Куратор должен знать, что нередко психически больные вообще не предъявляют жалоб. Отсутствие жалоб у больного может быть свя­зано с несколькими причинами. Наиболее частая — отсутствие кри­тики больного к своему заболеванию. Непонимание своей болезни (анозогнозия) и, вследствие этого, отсутствие жалоб наиболее часто встречается у больных с психозами (шизофренией, инволюционны­ми психозами и др.), а также алкоголизмом. Другой причиной отсут­ствия жалоб может быть нежелание больного идти на откровенный разговор с куратором, отсюда сокрытие им жалоб: психологический (не нравится врач, хочу другого врача и т.п.) или психопатологичес­кий механизмы (бредовая настороженность, угрожающие или пове­лительные галлюцинации и т.п.).

Больной может не предъявлять жалоб и в связи со значительным улучшением состояния к моменту курации. В этом случае куратор должен выяснить, какие жалобы были у него при поступлении и стационар.

В любом случае отсутствие жалоб на момент курации отмечается куратором в данном разделе. А интерпретация этого факта дается и других разделах, в частности или в психологическом статусе, или к обосновании диагноза.

***Субъективный анамнез***

Для правильной диагностики болезни очень важно проанализи­ровать все предшествующие ей изменения, т.е. собрать анамнез жиз­ни и болезни больного, а также семейный анамнез. При этом следует иметь ввиду, что пациент может освещать историю своей жизни и болезни, семейный анамнез или отдельные их события искаженно, под влиянием своего болезненного состояния (бредовой интерпре­тации прошлого и настоящего, расстройств восприятия, памяти и т.д.). Такие данные могут характеризовать психическое состояние больного, но не могут быть использованы куратором для объектив­ной оценки динамики заболевания. Поэтому в психиатрии принято собирать в каждом отдельном случае два анамнеза: субъективный (со слов больного) и объективный (со слов его родственников, сослу­живцев и других лиц, хорошо знающих больного).

Семейный анамнез и анамнез жизни предшествует анамнезу бо­лезни, поскольку начало и течение психического заболевания нераз­рывно связано с наследственностью и обстоятельствами жизни боль­ного.

***Семейный анамнез.***Куратор собирает сведения о психическом здоровье родственников больного по прямой, боковой, восходящей и нисходящей линиям. Следует выяснить, не было ли среди них лиц, находящихся на учете в психоневрологическом диспансере, обра­щавшихся за помощью к психиатру даже эпизодически, лечившихся в психиатрическом стационаре (если есть сведения, то с каким диаг­нозом), а также у психотерапевтов, невропатологов, наркологов, обращавшихся к знахарям, экстрасенсам и другим представителям "нетрадиционной медицины" по поводу "стресса", "нервного сры­ва". Поинтересуйтесь особенностями характеров родных: наличие лиц с "особым" складом характера, людей с так называемым "тяжелым" характером и вообще "странных людей", чудаков. Особое внимание следует обратить на случаи самоубийств среди родственников, непо­нятных трагических смертей.

Выяснить также наличие тяжелых соматических заболеваний: зло­качественные новообразования, болезни обмена веществ, эндокрин­ные и сердечно-сосудистые заболевания и т.д.

Если больной отрицает отягощенную наследственность по психическим заболеваниям, куратор регистрирует этот факт в данном разделе. Однако относиться к этим сведениям следует критически, так как больной может не знать о них, сознательно или по болезненным мошнам скрывать их или не придавать особого значения отдельным проявлениям явных психических расстройств у родственников.

***Анамнез жизни.***В этом разделе подробно описываются особен­ности психологического и физического развития больного, начиная с раннего детства до госпитализации; характер и личность при морбиде; учёба и работа; достижения и работа; отношения; характеристика семьи, микросреды; каким всё это было и как изменилось по ходу и в связи с болезнью; социальный статус в динамике; жизненные отношения в динамике.

Акушерский анамнез. Если есть сведения, то следует указать, как протекали беременность и роды у матери, были ли отклонения в массе тела, росте при рождении. От какой по счету беременности родился, чем завершились предыдущие беременности у матери (роды, выкидыши, мертворожденные, аборты и т.д.). Возраст матери и отца к моменту рождения.

Младенческий и дошкольный период. Устанавливаются осо­бенности физического развития в детском возрасте (до 7 лет). Отме­чают, каким по счету ребенком был в семье, отношения к ребенку. Указывают, в каком возрасте начал сидеть, стоять, ходить, говорить отдельные слова, когда сложилась фразовая речь, как усваивал на­выки опрятности. Были ли отклонения в развитии моторики (коор­динация движений, плавность речи и т.д.). Выяснить индивидуаль­ные особенности поведения, черт характера в этот период жизни: активность, общительность, уравновешенность; какие игры предпо­читал — индивидуальные или коллективные, был ли в этих играх лидером или аутсайдером, отличался ли повышенной тревожнос­тью, чрезмерной зависимостью от родителей, обидчивостью, был ли неряшлив или чрезмерно аккуратен, излишне упрям. Кем воспи­тывался — родителями или прародителями и к кому был более рас­положен. Посещал ли детские дошкольные учреждения, как вел себя в них. Характер воспитания, возможные его аномалии: наличие эмо­циональной депривации (особенно со стороны матери), гипоопека, гиперопека, по типу "кумира семьи", "золушки".

Обязательно следует узнать, отмечались ли в раннем возрасте раз­личные, даже кратковременные психические нарушения — явления ранней детской невропатии (до 3-летнего возраста): нарушения сна, плаксивость, срыгивание пищи, отказ от еды, вздутие живота, на­рушение стула и т.д.; после 3-х лет — наличие ночных страхов, им­пульсивных и стереотипных действий, сноговорение, снохождение, припадки, ночное недержание мочи и возраст его прекращения.

Период обучения. В каком возрасте пошел в школу. Имел ли навыки чтения, письма и счета до начала обучения в школе, если были отклонения в начале обучения в школе, следует выяснить при­чины. Какова была успеваемость в школе и в каких классах. Отличал­ся ли хорошими способностями и по каким предметам. Какие отно­шения складывались в школьном коллективе с учащимися, учителя­ми. Пользовался ли авторитетом среди сверстников. Участвовал ли в общественной жизни класса, школы (с желанием, активно или по принуждению), занимался ли спортом и каким видом. О какой про­фессии мечтал, какие имел идеалы (литературные герои, реальные люди и т.д.). С какими показателями окончил среднюю школу (оцен­ки, наличие медалей, грамот, профессиональная подготовка). Про­должил ли дальнейшую учебу и где (курсы, ПТУ, техникум, вуз, их профиль), чем это было обусловлено (личный интерес к будущей профессии, советы и требования родителей, подражание друзьям). Как успешно учился, какую специальность получил.

Особенности поведения в детском и подростковом возрасте. Следует подробно выяснить, были ли нарушения поведения в дет­стве (с привлечением конкретных фактов), которые можно было отнести к патологическим поведенческим реакциям оппозиции, от­каза, имитации, компенсации и гиперкомпенсации, а также пове­денческие нарушения в подростковом возрасте: реакции эмансипа­ции, группирования, хобби-реакции, реакции, обусловленные сек­суальными влечениями, деликвентное поведение, ранняя алкоголи­зация и токсикоманические тенденции, суицидальные попытки, побеги и бродяжничество.

Трудовая и общественная деятельность. Кем работал, с како­го возраста, на каких должностях. Как относился к труду, любил ли свою профессию. Часто ли менял места работы и по каким причинам. Каковы были работоспособность, отношения с товарищами по тру­довому коллективу и с руководством. Занимался ли общественной работой и насколько активно.

Служба в армии. В каком возрасте был призван, были ли отсрочки и по каким причинам. Отметить ряд войск, подчинялся ли воинской дисциплине, быстро ли адаптировался к службе, отношения с воен­нослужащими, с командованием. Какие имел поощрения, взыска­ния. Отслужил ли срок службы полностью или был демобилизован раньше (по какой статье). В каком звании демобилизован.

Половое развитие, семейная жизнь. В каком возрасте сфор­мировалось половое влечение, были ли какие-либо отклонения от нормы. Появление менструации, регулярность цикла, поллюций. Воз­раст начала половой жизни, вступление в брак. Как сложилась се­мейная жизнь, отношения в семье. Были ли временные разрывы от­ношений, разводы и по каким причинам. Сколько раз вступал в брак.

Количество беременностей, родов, выкидышей, абортов. Сколько имеет детей, их возраст, сложности в воспитании, здоровы ли дети. Есть ли среди членов семьи инвалиды, какой группы и по какому заболеванию. Климактерический период, возраст наступления, тече­ние, психологическое отношение к факту утраты половой активности (адекватное, безразличное, паническое).

Социально-бытовые условия. Каковы жилищные условия и удовлетворен ли больной ими (имеет частный дом, квартиру со все­ми удобствами, отдельную комнату, проживает в общежитии, на квартире и т.п.). Отношения с соседями. Имеет ли друзей, постоян­ный круг знакомых. Как обеспечен материально.

Перенесенные в прошлом заболевания. Какими соматичес­кими заболеваниями болел, начиная с раннего детства и до настоя­щего времени. Особое внимание обратить на инфекционные болез­ни, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, болезни нервной системы, обмена веществ, эндокринные, аллергические и кожно-венерические заболевания, туберкулез, ревматизм, болезни сердеч­но-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, оператив­ные вмешательства, гинекологические болезни. Отметить случаи не­переносимости лекарственных препаратов и каких.

Особенности темперамента, характера, личности (преморбидно). Куратор должен выяснить, какими особенностями индиви­дуального психического склада обладал пациент до болезни (т.е. преморбидно). Следует установить, каков у больного тип высшей не­рвной деятельности (темперамент). Для этого нужно выяснить силу его нервных процессов, о чем свидетельствует активность и упорство в достижении целей, в преодолении жизненных трудностей, актив­ность в труде, общительность, оптимизм. Об уравновешенности не­рвных процессов свидетельствует умение сдерживать себя, контро­лировать свои эмоции и поведение в любой ситуации, проявлять терпение. Об инертности нервных процессов свидетельствует труд­ность адаптации к меняющимся условиям жизненных стереотипов (плохая приспосабливаемость к перемене мест жительства, условий труда, затруднения в установлении контакта с незнакомыми людь­ми). Куратор должен сделать заключение о типе высшей нервной де­ятельности.

Для определения особенностей специфически человеческого типа высшей нервной деятельности пациента (по И.И. Павлову) необхо­димо выяснить, как больной воспринимал окружающий мир — не­посредственно, эмоционально, был склонен к конкретно-образно­му мышлению, в разрешении своих жизненных проблем более пола­гался на интуицию (художественный тип) или был рассудочен, логичен, склонен к предварительному анализу и прогнозу своих по­ступков, действий других людей и событий в целом (мыслительный тип). При этом следует учитывать и профессию больного (люди с художественным типом чаще становятся актерами, художниками, му­зыкантами, а лица с мыслительным типом — инженерами, матема­тиками, писателями и т.д.). Необходимо иметь в виду, что чаще встре­чаются люди со средним (смешанным) специфически человеческим типом высшей нервной деятельности.

Для определения характера больного (совокупность устойчивых эмоционально-волевых качеств) следует выяснить особенности его эмоционально-волевой сферы в преморбиде: живость и яркость эмо­ций, преобладающий фон настроения, его устойчивость, контроль над эмоциями, тревожность, обидчивость, склонность к пессимис­тическим или оптимистическим оценкам, каковы волевые качества: чувство долга и ответственности, отношение к другим, к себе, к труду, основные линии поведения в обществе. На основании полу­ченных сведений куратор должен сделать вывод о том, какие каче­ства характера присущи больному в преморбиде: гипертимность, эмотивность, тревожность, демонстративность, инертность аффек­та, педантичность, циклотомичность, импульсивность, экзальтиро­ванность.

Для определения преморбидных особенностей личности больного как совокупность его общественных отношений куратору важно вы­яснить, что представлял собой пациент с нравственных, эстетичес­ки мировоззренческих позиций. Какие цели в жизни он себе ставил, как определял свое предназначение, свои задачи, какие имел инте­ресы, увлечения, на какие идеалы ориентировался. Предъявлял ли завышенные претензии к себе, обладал ли заостренным чувством долга, совестливости, был ли ответственным перед другими людьми (гиперсоциальный тип личности) или, напротив, имел эгоцентри­ческие, гедонические установки с повышенными претензиями к другим людям и сниженными требованиями к себе (гипосоциальный тип личности).

Вредные привычки. Курит ли, с какого возраста и сколько. Употребляет ли алкоголь, с какого возраста, как часто и в каком количестве. Были ли эпизодические немедицинские случаи употреб­ления наркотиков и токсических психоактивных веществ. Если у боль­ного выявляются признаки алкоголизма, наркомании или токсико­мании, то они подробно описываются в анамнезе болезни.

***Анамнез болезни****.* В этом разделе следует указать, когда и в ка­ком возрасте впервые появились признаки психического заболева­ния и с какими факторами (наследственными, инфекционными, соматогенными, психогенными, интоксикационными, травматичес­кими), по мнению больного, оно было связано.

Следует описать начало заболевания и оценить его характер (ост­рое, подострое, затяжное) течение. Дать характеристику течения всего заболевания (острое, в виде отдельных приступов — фаз или хрони­ческое, непрерывное, прогредиентное).

Отметить, изменяется ли с годами характер больного, его лично­стные особенности по мере развития болезни и в чем это проявляет­ся (изменение активности, общительности, эмоциональности, во­левых процессов, круга интересов, увлечений, трудоспособности).

При описании динамики болезни проанализировать изменения симптоматики заболевания, усложнялась ли она и за счет каких сим­птомов, или же упрощалась, или оставалась неизменной. Отметить, были ли в течении заболевания промежутки полного здоровья (свет­лые промежутки), наступали они спонтанно или под влиянием про­водимой терапии. При наличии ремиссий отметить их качество, т.е. длительность, сохранность или иных симптомов заболевания, соци­ального статуса больного.

Если больной ранее уже находился на диспансерном учете у пси­хиатра или неоднократно стационировался в психиатрическую боль­ницу, то указать, с каким диагнозом, как часто, с какой симптома­тикой, каков был эффект от проводимой терапии.

Если больной злоупотребляет алкоголем, наркотиками, токсичес­кими веществами, необходимо установить, с какой целью он начал их употреблять, как часто их принимает, сформировалось ли болез­ненное влечение и в чем оно проявляется, имеется ли склонность к повышению дозы, какова максимальная доза, имеются ли явления абстиненции, с какого года и в чем они выражаются. Изменился ли характер больного за годы болезни и его личностные особенности (круг интересов, нравственные, эстетические запросы, социальный статус, привести по этому поводу конкретные факты).

Особенно подробно следует описать расстройства психической деятельности у больного перед данным стационированием, чтобы были понятны основания для данной госпитализации.

***Объективный анамнез***

Данные объективного анамнеза преподаватель обычно представ­ляет студенту из клинической истории болезни. Однако эти сведения могут быть получены и самим куратором из непосредственной бесе­ды с родственниками больного при их посещении стационара. Объек­тивный анамнез имеет те же разделы и пишется по тому же плану, что и субъективный.

Куратору следует помнить, что рассказом родственников о разви­тии заболевания необходимо руководить. Нередко вместо описания конкретных проявлений заболевания они упорно пытаются изложить свои догадки о ее причинах или рассказывают о своих переживаниях в связи с заболеванием близкого человека. В этих случаях необходи­мо, извинившись, прервать спонтанный рассказ родственника и на­править беседу в нужное для куратора русло.

Для объективизации данных анамнеза могут быть использованы и дополнительные материалы (служебные и учебные характеристики, справки, а также описания больными симптомов своей болезни, их письма, рисунки и другие виды творчества, относящиеся к периоду, предшествующему госпитализации).

Если данные объективного и субъективного анамнезов совпада­ют, то это констатируется студентом отдельной фразой в учебной истории болезни.

***Психический статус***

Это центральная, основная часть истории болезни психически больного. По правильности, полноте, глубине исследования психи­ческого статуса оценивается качество истории болезни, отношение куратора к изучению психиатрии, усвоению общей психопатологии и частной психиатрии.

При всех психических заболеваниях до тех пор, пока у больного сохранена способность речи, целенаправленная беседа, умелый рас­спрос является главной частью исследования. Больные могут не счи­тать себя душевнобольными, отрицать наличие психических нару­шений и только в результате подробной целенаправленной беседы устанавливаются действительные переживания. При неумении рас­спрашивать больного можно не обнаружить бреда, галлюцинаций, психического автоматизма, неглубокой депрессии, не оценить пра­вильного психического состояния, просмотреть развивающийся пси­хоз, необходимость неотложной госпитализации, назначение огра­ничительного режима в отделении. Умению расспрашивать больного нужно учиться так же, как любой другой методике врачебного ис­следования, и совершенствоваться. Только при овладении искусст­вом беседы в сочетании со знаниями возможно квалифицированное психиатрическое исследование. Умелая, целенаправленная беседа, естественное, непринужденное, простое общение — залог выявле­ния психопатологической симптоматики, даже вопреки желанию больного, если даже он замкнут, "не настроен" на беседу или пыта­ется скрыть от врача свою болезнь (диссимуляция психической бо­лезни).

Целенаправленная беседа неотделима от наблюдения. Расспраши­вая больного, куратор параллельно наблюдает за ним, а наблюдая и подозревая ту или иную психопатологическую симптоматику, задает возникающие в связи с этим вопросы. При наблюдении можно уви­деть, а позже — уточнить при расспросе объективные признаки гал­люцинаций (например, прислушивается, затыкает уши и т.д.), бре­да, депрессии, кататонические симптомы, анализировать поведение и участие в жизни отделения.

Если в момент курации у больного нарушения в психической сфере минимальны или не отмечаются, то следует выявить имевшие место нарушения при поступлении в стационар.

Исследование (и написание) психического статуса учебной исто­рии болезни ведется путем последовательного изучения психических сфер больного. Понимая всю условность расчленения единой психической деятельности на отдельные сферы (из дидактических сообра­жений), учитывая этапность изучения психической патологии, не­достаточный опыт и навыки студента, рекомендуем следующий под­ход к написанию психического статуса.

**Особенности контакта:** доступен или недоступен**.** Как вступает в беседу, проявляет инте­рес, хорошо предъявляет жалобы, рассказывает о себе, не скрывает психопатологических переживаний. Или замкнут, неоткровенен, скрывает или диссимулирует свои переживания.

**Внешний вид больного.** Наружность, походка, поза, жесты, мимика, выражения глаз, лица, состояние зрачков, кожа на лице, губы, склеры, волосы, руки, пальцы. Опрятен, следит за своей внешностью (побрит, причесан, пользуется косметикой). Неряшлив, не следит за своей внешностью, одеждой, не соблюдает гигиенических навыков, вычурен в одежде, мимике и моторике; несоответствие вида биографическому возрасту.

**Направленное выяснение путем расспроса особенностей функционирования всех блоков и подсистем психики:**

***- сознание***(доступность продуктивному контакту; ориентированность в месте, времени, собственной личности ; фиксация текущих событий и их воспроизведение; связность психических процессов; адекватность поведения);

Оценка состояния сознания определяется путем изу­чения признаков нарушения сознания по К. Ясперсу (наличие всех 4 признаков свидетельствует о нарушении сознания и наоборот):

а) ориентирован во времени (календарная дата, день недели, из­ложение событий во времени); в окружающей обстановке (место на­хождения, знание конкретных лиц, ситуации); в собственной лич­ности (паспортные данные, анамнез жизни и болезни);

б) отрешенность от реального мира (погруженность в мир внут­ренних переживаний, растерянность, сверхизменчивость внимания, аффект недоумения);

в) фрагментарность мышления (невозможность больного решать мыслительные задачи, непоследовательная или путанная речь, па­радоксальные выводы, суждения);

г) амнестические расстройства (частичная или полная амнезия периода нарушенного сознания у больного).

Выявляются признаки синдромов выключения сознания (оглуше­ние, сопор, кома), помрачнения (делирий, онейроид, аменция) и сужения сознания (сумеречные состояния, амбулаторные автоматиз­мы).

*-****внимание***(активное, пассивное; устойчивость; объем; переключаемость; отвлекаемость).

В процессе курации необходимо наблюдать за боль­ным, его сосредоточением на вопросах куратора, не отвлекают ли его внешние раздражители, не меняет ли тему беседы. Спросить боль­ного о возможности сосредоточить внимание, читать в шумной об­становке, в тесноте. Отметить устойчивость внимания, наличие отвлекаемости, истощаемости или, наоборот, прикованность внима­ния.

*-****память***(запоминание и воспроизведение событий текущих, давно прошедших, недавно прошедших; особенности памяти больного с точки зрения близких людей).

Для выявления расстройств памяти необходимо ана­лизировать как клинические данные, анамнестические сведения, так и психологические тесты. Собирая анамнестические, паспортные све­дения, куратор уже может отметить расстройства памяти на прошед­шие события, были ли у больного эпизоды амнезий, парамнезий.

Расстройства памяти на текущие события (фиксационная амне­зия) проявляется нарушениями в удержании и запоминании теку­щих событий: текущая дата, день недели, месяц, год; место нахож­дения, длительность пребывания, знание окружающих лиц, лечаще­го врача и т.д. Имеются ли вымыслы (замещающие конфабуляции), перенесение личных событий во времени (псевдореминисценции).

*-****интеллект***(сообразительность, осведомленность, обучаемость, схватывание вопроса, толковость, изобретательность, выделение главного из второстепенностей, понимание переносного смысла, анализ, синтез, способности, накопление опыта и т.п.).

Состоит из запаса знаний и навыков; собственно интеллекта, т.е. способности к образованию суждений, умозаключений; способности выделения главного, существенного; умения схва­тывать новые точки зрения и использовать их.

Интеллект— это мышление в действии, в самостоятельном ори­гинальном решении вопросов, в широте и глубине взглядов. В норме уровень интеллекта зависит, в основном, от возраста, полученного образования, жизненного опыта. При оценке уровня и развития ин­теллекта следует учитывать анамнестические сведения, особенности воспитания и личностные характеристики.

***-эмоции*** (настроение, реакции, аффекты, чувства, страсти, низшие эмоции, высшие эмоции, эмоции интереса; типология эмоциональных переживаний).

Эта психическая функция наиболее часто плохо изу­чается куратором, недостаточно отражается в истории болезни в связи с трудностью исследования.

Определенные сведения дают ответы больных на вопросы о том, какое у них сейчас настроение, как оно колеблется, что радует и что огорчает, долго ли помнит больной обиду и стыд, как реагирует на них, как настроение оценивает сам больной.

Необходимо обратить внимание на внешний вид больного, его мимику в процессе беседы, пантомимику (следить за жестами, вы­ражением глаз, позой, пластикой движений), соматовегетативные проявления (так, при депрессии могут наблюдаться "тяжесть", "дав­ление", "пустоты" в области сердца, средостения, эпигастральной области, снижение аппетита, запоры, метеоризм, падение массы тела, дисменоррея, стойкие нарушения сна; при тревоге — тахикардия, красный дермографизм, потливость и т.д.).

Следует выяснить эмоциональные отношения с близкими, род­ными, отношение к любимым делам, работе, книгам, кинофиль­мам, наблюдая, как об этом сообщает пациент — тепло, заинтересо­ванно, с симпатией, отчужденно, равнодушно, безразлично, холод­но и т.д.

При выявлении депрессии следует осторожно выявить наличие или отсутствие сиуцидальных мыслей. Поинтересоваться суточными колебаниями тоскливого настроения. При субдепрессиях понижен­ное настроение сопровождается снижением интереса к любимому делу, к своей внешности, к близким, отмечаются внутреннее беспо­койство, чувство неудовлетворенности, вины и т.д.

*-****чувственно-образное познание*** (ощущения, восприятия, представления по органам чувств, включая общие чувствования физического и психического благополучия, чувства жизни, здоровья, социального благополучия – не оценки и выводы, а именно – чувства).

Для выявление расстройств ощущений и воспри­ятия следует поинтересоваться проявлениями гиперестезии, гипостезии, сенестопатиями, состояниями "уже виденного" и "никогда не виденного".

Не следует задавать "в лоб" вопросы о галлюцинациях (иллюзи­ях) (например, "У вас есть галлюцинации?"), следует интересовать­ся: "Не слышит ли больной вечером, в тишине, когда нет рядом людей, каких-либо особых звуков, человеческую речь, не видит ли каких-то особых "видений", устрашающих картин, не испытывает ли особых запахов, вкусовых ощущений, прикосновений, "полза­ния насекомых"? и т.п. О галлюцинациях, иллюзиях можно также судить по поведению больного, по так называемым объективным признакам галлюцинаций (прислушивается, затыкает уши, всмат­ривается, удаляет что-то изо рта, стряхивает с себя и т.д.). В некото­рых случаях о содержании галлюцинаторных переживаний можно судить по рисункам больного.

***-абстрактное познание***(ассоциативные процессы, смыслообразование, понятийное мышление, суждения, умозаключения).

Выявляют основной тип мышления: конкретный — стремление в беседе, рассказе сводить все к конкретным приме­рам, лицам, или абстрактный — ограничение отвлеченными форму­лировками. Отмечают последовательность мышления (наличие со­скальзывания, шперрунгов, ментизма, обстоятельности, резонерства, персеверации и др.), его темп (ускорение, замедление). Оценивают глубину и правильность суждений, умозаключений больного, выс­казываемых в беседе. Выявляют наличие навязчивых состояний (мыс­лей, страхов, сомнений, действий и т.д.), сверхценных и бредовых идей. Предположить наличие бредовых идей позволяет также вне­шний вид и поведение больного (например, при бреде преследова­ния — подозрительность, настороженность; при бреде величия — горделивая поза, знаки отличия, "ордена" и т.д.). Эти расстройства выявляются в монологе больного, а также в его письменном творче­стве (письма, дневники, рисунки и т.д.). Выявив те или иные бредо­вые идеи, необходимо оценить их внутреннюю связь между собой и с другой психологической симптоматикой.

*-****воля и тип поведенческой активности*** (обдуманность - необдуманность, рациональность - нерациональность, активность – пассивность, активность умеренная или чрезмерная, степень душевного и физического напряжения, степень эмоциональных затрат, наличие или отсутствие потребности в продуктивной деятельности, амбициозность и соперничество, организованность – неорганизованность, степень зависимости личности от деловой активности или от других потребностей).

Для выявления расстройств вле­чений необходимо узнать у больного (или персонала) о его аппети­те, потребности в еде, питье (ест много, мало, отказывается от пищи, поедает несъедобные предметы), о его половом влечении (онаниру­ет, проявляет гиперсексуальность и т.д.), нет ли влечения к алкого­лю, наркотическим и токсическим веществам.

Следует выяснить планы больного на ближайшее и отдалённое время, соответствие этих планов возможностям больного, или от­сутствие планов.

Интересоваться поведением больного. В процессе курации обра­тить внимание на внешний вид, на пантомимику (малоподвижен или суетлив, скован, замедлен или непоседлив, вычурен или естестве­нен), проявления инициативы в беседе, отношения с куратором. Как больной ведет себя в отделении (одинок, общителен, активен, ско­ван, заторможен, возбужден), помогает ли персоналу, больным, убирает свою кровать, личные вещи, участвует в жизни отделения, бывает ли в реабилитационной комнате (просмотр телепередач, ри­сование, поделки, игры, танцы и т.п.), работает в лечебно-произ­водственных мастерских.

При наличии ступора необходимо выявить кататонические симп­томы ("восковую гибкость", автоматическую подчиняемость, симп­том "зубчатого колеса" и т.д.) или наблюдать за поведением в пала­те, на койке (симптом "воздушной подушки", симптом "эмбрио­нальной позы" и т.д.). При возбуждении обратить внимание на ха­рактер возбуждения (хаотическое, целенаправленное, дурашливое, патетическое, продуктивное, гиперкинетическое).

***-поведенческие проявления*** (вербальные и невербальные, моторные, эмоциональные, психосоматические, когнитивные).

***Квалификация психического статуса***

В этом разделе проводится обоснование синдромального диагно­за, отмеченного у больного. Например: "Больной жалуется на быст­рую утомляемость, слабость (в беседе быстро уставал, просил воз­можности отдохнуть), раздражительность (последнее время стал по пустякам раздражаться, проявлял нетерпение к замечаниям, был несдержан с родными), гиперстезию (плохо переносит яркий свет, устает при просмотре телепередача), расстройства сна (с трудом за­сыпает, сон поверхностный с легким пробуждением и затруднением нового засыпания) и вегетативные расстройства (жалобы на голов­ные боли, непереносимость жары; при объективном исследовании отмечен тремор пальцев рук, век, положительный симптом Ромберга, "мраморная кожа" кистей рук, стойкий красный дермографизм), поэтому данное состояние следует трактовать как астенический син­дром".

Или, "На основании того, что больной указывает на наличие зри­тельных образов, возникающих внутри мозга (видит как жена, живу­щая в Саратове, совершает половые акты с посторонними мужчина­ми и специально показывает свое развратное поведение, мысленно ведет с ним беседу, "вкладывает" мысли), что может быть оценено как зрительные и вербальные псевдогаллюцинации, а также идеаторные автоматизмы, наличие бреда воздействия и преследования ("жена — член шайки, они с помощью специальной атомной аппа­ратуры воздействуют на его мозг, вкладывают ему мысли, хотят до­вести его до психической болезни, хотят вызвать атрофию мозга"), следует оценить данное состояние как синдром психического авто­матизма Кандинского-Клерамбо".

При наличии более сложного синдрома (например, сочетание депрессивного и парафренного, или позитивного и негативного) каждый синдром описывается отдельно или сливается, если это воз­можно. Например, депрессивно-парафренный, или парафренный; регресс личности.

Психический статус следует писать по предложенной схеме, стре­мясь образнее и ярче дать клиническое описание состояния больно­го и ни в коем случае не пользоваться понятиями симптомов и син­дромов.

В конце раздела "Психический статус" выставляется клинический и синдромальный диагноз, по возможности отмечается тип течения заболевания (например, "Шизофрения, периодический тип течения, онейроидно-кататонический приступ (синдром)", или "Маниакаль­но-депрессивный психоз, маниакальная фаза, гневливая мания, уни­полярное течение").

***Соматическое состояние***

Описывается по тем же правилам, что и в соматических клиниках с отражением состояния всех систем, но более кратко. Обязательно отмечаются особенности телосложения, масса тела больного, арте­риальное давление, частота пульса и дыхания, температура тела, выяснение основных жизненных функций. Па­тологические изменения описываются подробнее.

Описываются кожные покровы, их целостность, следы инъек­ций. Все это невозможно сделать без полного осмотра пациента. Все предъявляемые соматические жалобы должны быть проанализирова­ны, осмотрены соответствующие органы и системы и вызван специа­лист (врач-терапевт).

При обследовании больных соматогенными, инфекционными, интоксикационными психозами на этот раздел истории болезни об­ращается большее внимание.

***Неврологическое состояние***

Неврологический статус имеет большое значение в обследовании психически больного, так как его изменения могут служить указани­ем на патологию центральной нервной системы, лежащую в основе этиопатогенеза душевного заболевания.

Описание неврологического статуса следует проводить в следую­щем порядке:

7.1. Черепно-мозговые нервы.

7.2. Двигательная сфера.

7.3. Чувствительная сфера.

7.4. Рефлекторная сфера.

7 5. Вегетативная нервная система, трофика.

7.6. Вестибулярные функции.

7.7. Высшие корковые функции (выявление афазии, агнозии, апраксии, акалькулия и т.д.).

***Экспериментально-психологическое исследование (патопсихологическое исследование)***

В психологии, включая клиническую психологию, различают ос­новные и вспомогательные методы. К основным методам относят метод наблюдения (он полностью входит в клинико-психопатологическое исследование) и метод эксперимента, к вспомогательным — все остальные (метод экспертных оценок, анализ продуктов деятель­ности, метод опроса, метод самонаблюдения, метод тестов и т.д.).

Студентам рекомендуется провести ряд экспериментально-пси­хологических исследований отдельных психических процессов у ду­шевно больных (как при "малой" курации, так и при написании учебной истории болезни). По каждому исследованию составляется протокол. Результаты исследования обобщаются и должны быть ис­пользованы при обосновании диагноза.

Для психологического исследования психосоматического статуса существуют неко­торые тесты: опросник САН, тест Торонтская алекситемическая шкала, ЛОБИ, тесты на тревогу, депрессию…

***Лабораторные исследования и консультации специалистов***

Их сообщает куратору преподаватель. В обязательном порядке при­водятся общие анализы крови и мочи, если необходимы для диагно­стики, то данные ЭКГ, ЭЭГ, анализ спинно-мозговой жидкости и др. Необходимо выписать из клинической истории болезни заключе­ния специалистов: невропатолога, терапевта, эндокринолога, гине­колога, окулиста и других.

Следует помнить, что при всей важности и значимости параклинических методов (биохимических, электроэнецефалографических и др.) в психиатрии основным продолжает оставаться клинико-психопатологический метод диагностики, в котором ведущими являются целенаправленный врачебный опрос, анализ поведения и высказы­ваний больного.

***Обоснование диагноза***

Исходя из синдромального диагноза, не расшифровывая его симптомального содержания, необходимо определить нозологическую принадлежность. Нозологическая принадлежность позитивного или негативного синдрома определяется:

1) его оттенками, нюансами (анализ в "поперечном разрезе");

2) местом этого (этих) синдрома в динамике заболевания, пред­шествующими синдромами (приступами) — анализ в "продольном разрезе".

Например, при астетическом синдроме, обусловленном психи­ческой травмой и быстро исчезнувшем после отдыха, а также сопро­вождающемся нарушениями вегетативной нервной системы (данные куратора и консультация невропатолога), при отсутствии признаков органического поражения ЦНС (данные куратора и ЭКГ) можно думать о психогенной природе заболевания. Если астенический син­дром сопровождается резонерством, шперрунгами, холодностью к родным при наличии в анамнезе бредовых приступов болезни, то следует подумать об астенической ремиссии при приступообразной (шубообразной) шизофрении.

Клинический диагноз должен быть развернутым, включать поми­мо ведущего синдрома (позитивного и негативного) тип течения, этап болезни (например: "Шизофрения, непрерывно-прогредиент-ное течение, конечный этап болезни, парафренный синдром, рс1-ресс личности").

***Дифференциальный диагноз***

После выделения основного синдрома необходимо вспомнить, при каких психических заболеваниях он встречается. Если куратор испы­тывает затруднения для подыскания таких нервно-психических забо­леваний, то следует обратиться к преподавателю. Дифференциаль­ный диагноз в психиатрии ничем не отличается от такого в других клиниках. Вначале приводят симптомы, общие для ряда дифферен­цируемых заболеваний, а затем перечисляют симптомы и другие па­раклинические данные, позволяющие отдифференцировать заболе­вание. Например, "Параноидный синдром может встречаться не толь­ко при шизофрении, но и при травматических и психогенных забо­леваниях". О последних можно было бы думать, учитывая, что у боль­ного в анамнезе черепно-мозговая травма и выраженный семейный конфликт. Однако для травматического поражения и психогении с параноидным синдромом не характерны признаки, отмеченные у нашего больного: снижение воли, эмоциональная тупость, парабулин, расстройства мышления в виде шперрунгов, символических рисунков, резонерства. Эти нарушения более характерны для ши­зофрении и являются ее облигатными симптомами.

***Реабилитация***

Выделяют три взаимосвязанных этапа реабилитации: 1) медицин­ский, 2) профессиональный и 3) социальный.

Вначале куратор должен теоретически составить план реабилита­ции, в первую очередь, медицинской. Затем указать режим, необхо­димый для данного больного с учетом ведущего синдрома, рекомен­дуемые ему виды трудовой деятельности или постельный режим.

1. *Медицинская реабилитация.* На этом этапе основными являются биологическая терапия и психотерапия. Предложите, оценив психо­патологическую симптоматику, режим пребывания в отделении (ог­раничительный, дифференцированный, режим "открытых дверей", частичной госпитализации). Приведите план лечения. После назва­ния препарата и его дозы нужно обязательно указать, почему назна­чен именно этот препарат. Например: "...трифтазин в драже по 5 мг в суточной дозе 40 мг — как антипсихотическое средство избиратель­ного действия на галлюцинаторно-бредовую симптоматику". Те же правила распространяются на название психотерапии и других видов терапии (физиотерапии и т.д.), социально-трудовые мероприятия, трудовую, культурную терапию.

2. *Профессиональная реабилитация.* Куратор должен сопоставить про­фессию и должность, выполняемую больным, с прогнозом заболе­вания и теми изменениями личности, которые могут ему в этом по­мешать. Если больной признан инвалидом или должен быть переве­ден на инвалидность, то куратору следует указать профессиональ­ную переориентировку, показанные виды труда в специально со­зданных условиях для инвалидов 1, 2 и 3-й групп. Для детей профес­сиональная реабилитация заключается в предложении адекватного школьного режима (общеобразовательная школа, общеобразователь­ная школа с индивидуальным обучением, вспомогательная, сана­торная школа и т.д.). Биологическая терапия на этом этапе носит уже вспомогательный поддерживающий характер. Дозы препаратов на­значают с учетом как болезни, так и профессии больного, что не мешает выполнять профессиональные обязанности (например, из­бегать сковывающего действия нейролептиков при выполнении про­фессиональных обязанностей, связанных с тонкими двигательными операциями).

3. *Социальная реабилитация.* Куратор сравнивает и анализирует социальный статус до болезни и те изменения, которые привнесла болезнь, или оценивает отсутствие таковых. Например, "Больной страдает маниакально-депрессивным психозом с редкими униполяр­ными гипоманиакальными фазами, что является прогностически благоприятным. Но учитывая предыдущие фазы, целесообразно на­значение профилактического лечения солями лития, о чем следует поставить в известность жену больного, провести семейную психоте­рапию, разъяснить жене необходимость поддерживающего лечения и контроля приема лития больным. Рекомендовать дальнейшее вы­полнение профессиональных обязанностей инженера". А в другом наблюдении "...учитывая профессию военнослужащего, рекомендо­вать после прохождения военной экспертизы профессиональную пе­реквалификацию".

***Экспертиза***

1. *Трудовая.* Тесно связана с профессиональной и социальной реа­билитацией. Оцениваются трудовые возможности пациента после выписки из стационара. Рекомендуется амбулаторное лечение в днев­ном стационаре, "пребывание" на листке нетрудоспособности, либо выписка на работу, либо назначение группы инвалидности с обяза­тельной рекомендацией трудовых процессов в специально созданных условиях (лечебно-производственных мастерских, спеццеха, в обычных профессиональных условиях на сниженном уровне или не­полным рабочим днем и т.д.).

2. *Судебная.* В случае совершения больным общественно опасного действия куратор высказывает мнение о невменяемости больного, а также рекомендуемых мерах защиты медицинского характера.

3. *Военная\*.* Заболевания больного оценивается согласно существу­ющему приказу Министра обороны.

***Клинический и социально-трудовой прогноз и рекомендации***

Куратор определяет прогноз данного случая болезни:

а) медицинский прогноз, т.е. возможность возвращения к преморбидному уровню или формирования стойких изменений личнос­ти и интеллекта;

б) социально-трудовой прогноз, т.е. возможность реабилитации больного после выписки из стационара, его профессиональной дея­тельности.

Куратор рекомендует участковому врачу-психиатру или врачу, ответственному за психоневрологическую помощь в районе, меры медицинского и социально-трудового характера, описанные выше.

**17. *Используемая литература***

Куратор приводит список использованной литературы, оформ­ленный согласно современным библиографическим требованиям. История болезни подписывается куратором.

**3.6.Ознакомление с нормативными документами**

**ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**"О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"**

**Статья 1. *Психиатрическая помощь и принципы ее оказания***

1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование пси­хического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установ­ленным настоящим Законом и другими законами Российской Феде­рации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и ме­дико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав че­ловека и гражданина.

**Статья 2. *Согласие на лечение***

1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, про­водится после получения его письменного согласия, за исключени­ем случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного пред­ставителя только при применении принудительных мер медицинс­кого характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодек­сом РФ (РСФСР), а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению ко­миссии врачей-психиатров.

**Статья 23. *Психиатрическое освидетельствование***

1) Психиатрическое освидетельствование проводится для опре­деления: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуж­дается ли он в психиатрической помощи, а также для решения воп­роса о виде такой помощи.

3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обя­зан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи (см. ст. 29).

**Статья 29. *Основание для госпитализации в психиатрический ста­ционар в недобровольном порядке***

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть гос­питализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя по постановлению судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационар­ных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обус­ловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удов­летворить основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствии ухудшения пси­хического состояния, если лицо будет оставлено без психиатричес­кой помощи.

**4. Критерии оценивания результатов выполнение 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 прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

**Критерии оценивания устного собеседования:**

-**оценка «отлично»** обучающийся демонстрирует глубину и полное овладение содержанием учебного материала, в котором легко ориентируется;

-**оценка «хорошо»** выставляется обучающемуся, за умение грамотно излагать материал, но при этом содержание и форма ответа могут иметь отдельные неточности;

-**оценка «удовлетворительно»** выставляется, если обучающийся обнаруживает знания и понимание основных положений непоследовательно, допускает неточности в определении понятий, не умеет доказательно обосновывать свои суждения;

-**оценка «неудовлетворительно»** выставляется, если обучающийся имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает ошибки в определении понятий, искажает их смысл.

**Оценки теста:**

- оценка «отлично» выставляется студенту, если задание выполнено на 91-100%;

- оценка «хорошо» выставляется студенту, если задание выполнено на 81-90%;

- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если задание выполнено на

70-80%;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если задания выполнено

менее чем на 70%.

**Критерии оценивания результатов по курации больных**

**- оценка «отлично»** - обучающийся освоил полностью практические навыки и умения: правильно интерпретирует жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, формулирует клинический диагноз, назначает лечение, интерпретирует клинико-лабораторные и инструментальные показатели с учетом нормы.

- **оценка «хорошо»** – обучающийся освоил полностью практические навыки и умения, однако допускает некоторые неточности.

**- оценка «удовлетворительно»** - обучающийся владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями.

- **оценка «неудовлетворительно»** - обучающийся практические навыки и умения выполняет с грубыми ошибками.