федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Социальная психиатрия

по направлению специальности

31.08.20 Психиатрия

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению специальности 31.08.20, психиатрия

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 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 вопросам социальной психиатрии.

**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 | | Написание полной истории болезни | проверка практических навыков | КСР, на базе практической подготовки, аудиторная- на базе практической подготовки. | |
|  | |  | | Подготовка рефератов | Реферат | КСР, на базе практической подготовки | |
| Самостоятельная работа в рамках практических занятий  модуля «Социальная психиатрия» | | | | | | | |
|  | 1 Тема «История, предмет, задачи, методы социальной психиатрии.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 2 Тема «Психиатрия и общество. Психическое здоровье и состояние общества. Хронологические периоды: первый (1991-1995 гг.); второй (1996-1999гг); третий период (с 2000 г по наст. время). Три варианта расстройства адаптации связанные с вышеуказанными периодами: аномический вариант, диссоциальный вариант, магифренический вариант расстройства адаптации.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 3 Тема «Психиатрия, этика и право. Профессиональная этика. Личная этика. Особенности психиатрии. Задачи профессиональной этики. Кодекс профессиональной этики психиатра.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 4 Тема «Стигматизация психических больных. Выделенные группы населения которые играют важную роль в ресоциализации больных шизофрении: врачи соматологи, врачи психиатры, сотрудники отдела кадров, сотрудники правоохранительных органов, родственники больных шизофренией, больные шизофренией адаптированные в социуме, больные шизофренией не достаточно адаптированные в социуме.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 5 Тема «Духовные аспекты психического здоровья. Религиозные конфессии: православие, католицизм, ислам, иудаизм, буддизм, кундалини-йога.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 6 Тема «Социальные психиатрические последствия религиозного сектанства.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 7 Тема «Социальные факторы в возникновении, клиники и течении психических расстройств: у детей, у лиц позднего возраста, у женщин, в пограничной психиатрии, шизофрении, аффективных расстройствах, наркологических заболеваниях, аномальном сексуальном поведении, расстройствах пищевого поведения.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 8 Тема «Роль социальной среды в охране психического здоровья. Семья, школа, малые социальные группы в которых работал больной, члены социальной сети часто общающиеся с больным.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | КСР, на базе практической подготовки  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 9 Тема «Социальная поддержка в системе охраны психического здоровья. Эмоциональная поддержка в различных сферах жизни (работе, отдыхе, семейной жизни); инструментальная поддержка, особенно для одиноких больных.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 10 Тема «Взаимовлияние лиц с психическими расстройствами и членов малых социальных групп, в которых они находятся: профессиональные коллективы, семья, соседи, неформальные малые группы, одинокое проживание и состояние одиночества.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 11 Тема «Социально-психиатрические аспекты миграции. Клинические варианты психических расстройств у беженцев. Психологический шок, реакция горя, параноидные реакции, генерализованные тревожные расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, тревожно-фобические расстройства. Медико-социальная помощь данному контингенту больных.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка историй болезни, устный опрос;  Устный опрос | | Аудиторная- на практических занятиях  Аудиторная- на практических занятиях |
|  | 12 Тема «Этнокультуральная психиатрия. Отношение к больным шизофренией на Западе и на Востоке. Отношение к алкоголю на Западе и на Востоке. Разные социальные причины депрессии: на Западе - дефицит общения, социальная депривация, эмоциональная депривация; на Востоке - чрезмерная обремененность своими социальными обязанностями и узами.» | | Написание полной истории болезни  Подготовка к практическому занятию | | Проверка практических навыков  Устный опрос | | 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.

**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ О РАБОТЕ С БОЛЬНЫМИ**

**В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

(к 1 и всем другим занятиям).

1. Необходимо быть вежливым с больными, независимо от их поведения, ко всем следует обращаться на "Вы", называя их по имени и отчеству.
2. Беседовать с больными в серьезном тоне, неторопливо. Не вышучивать высказывания больных, не смеяться над ними. Не вступать с больными в пререкания.
3. При обследовании больного нужно исходить из четкого плана беседы с ним, если больной отвлекается, следует (не допуская резкости) направить разговор в нужную сторону.
4. Не вступать с больными в разговоры и обсуждения, касающиеся их болезни, режима, выписки, отношений с родственниками и другими людьми. При необходимости­ дать ответ на соответствующие вопросы больного, направлять его к лечащему врачу.
5. Не вести в присутствии больного разговор на медицинские темы, особенно относящиеся к его болезни.
6. Не обманывать больных. Воздержаться от разговора о том, что может вызвать волнение. Не давать больным невыполнимых обещаний.
7. Следить, чтобы больной после обследования не остался без надзора. Побеседо­вав с ним, передавать его дежурному персоналу. Не уводить больных из отделения без ведома персонала. Не оставлять открытыми двери отделения.
8. Не выполнять без ведома врача каких-либо просьб больного, не передавать  
   письма, вещи, не сообщать каких-либо сведений о больном.
9. Не оставлять в отделении: спичек, лезвий от бритв, булавок.

**Методические указания обучающимся к написанию**

**психического статуса**

**План психического статуса**

Ориентировка во времени, месте, собственной личности. Доступность – вступает ли в общение быстро и охотно, обнаруживает ли замкнутость и нежелание общаться.­ Быстрота психических реакций. Мимика и моторика: живость, изменчивость, адекватность мимики, выразительность, пластичность, ловкость движений, поза. Признаки возбуждения или заторможенности. Речь: голосовые модуляции, вырази­тельность. Мышление: связность, последовательность, быстрота. Поведение в отде­лении, степень активности, занятия больного. Аккуратность в еде и одежде. Дисци­плинированность. Преобладающее настроение, его устойчивость, сдвиги настрое­ния, эмоциональные реакции на поведение окружающих, на помещение в больницу, на обследование.

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 галлюцинаторным переживаниям. Болезненные (бредо­вые, сверхценные, навязчивые) мысли, подробная характеристика их содержания. Когда они возникают, как мотивирует их больной (логичность, степень убежденно­сти, активность в доказательствах), как влияют они на поведение. Внимание, па­мять, суждение, критика. Внимательность в беседе, полнота сообщения сведений о прошлом, запас знаний, суждений об окружающих (в тех случаях, когда намечаются отклонения памяти и мыслительных способностей, необходимо тщательное обсле­дование и описание). Для этого следует воспользоваться инструкцией "Приемы исследования памяти и мышления".

Заключение к психическому статусу:

а) перечень симптомов

б) обозначение синдромов (синдрома)

**Приемы исследования памяти и мышления**

***Внимание:***

а) Наблюдение в беседе должно выявить, способен ли больной

сосредоточиться, слушая, что ему говорят и пересказать;

б) Последовательное вычитание из 100 по 7 или по 13;

в) Перечисление дней недели в обратном порядке.

***Память:***

а) Проверка запоминания текущих событий дня, что делал, что ел, где был, кого видел.

б) Запоминание нескольких однозначных цифр, слов (не менее пяти), например: нужно спросить их через 1 мин., через 10 мин., через час.

в) Прослушивание короткого рассказа или басни с последующей передачей содержания. Например: ПЛОХОЙ СТОРОЖ. У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погребе кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко. УМНАЯ ГАЛКА. Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галке нельзя было ее достать. Она стала кидать в кувшин камешки и столько набросала, что вода поднялась и можно было пить.

г) 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 вы были вчера?", "Кого встретили?". "Куда ходили?","Куда ездили?".

***Мышление:***

Кроме проб, необходимо наблюдение за поведением больного в отделении, во время беседы. Учитывается сохранение чувств такта, понимание ситуации, умение вести себя в новой обстановке. Во всех случаях при определенной степени слабо­умия во внимание принимается культурный уровень больного, запас знаний.

а) Для оценки простейших суждений в первую очередь нужны высказывания больных об окружающих их людях, об их поступках. Выясняют понимание боль­ными возможных причин этих поступков, умение планировать действия при решении привычных задач, например: рассказать, как приготовить пищу, рассчитать, сколько продуктов требуется на обед для семьи и т.д.

б) Способность к более сложным суждениям и абстрактному мышлению исследу­ются путем проб на обобщение однородных понятий, например, стол, стул, диван (мебель), разграничение понятий: кража и заем, река и озеро, ложь и ошибка; при грубом слабоумии - более отдаленных понятий, например: машина и лошадь, рыба и лодка; понимание переносного значения поговорок, пословиц, умение применять их к ситуациям, близким и понятным больному, понимание подтекста басен, шуток, общего смысла короткого рассказа.

***При исследовании критики выясняют:***

а) отношение пациента к его болезни в целом - считает ли он себя больным, в чем видит болезнь, как переживает сам факт заболевания;

б) отношение к отдельным жизненным изменениям: как сам больной оценивает изменение своих мыслительных способностей, нарушение памяти, речи, отношение к этим недостаткам при указании на них со стороны. Регистрируют также способ­ность улавливать ошибки в суждениях других больных или ошибки в суждениях, нарочито высказанных собеседником;

в) критика больного к своему поведению: отметить реакцию больных на собственные неправильные поступки при указании на них, понимание больным отношения к нему окружающих, такие проявления, как развязность, бестактность.

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

**ПЛАН ПОЛНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА**

1. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

2. АНАМНЕЗ СУБЪЕКТИВНЫЙ И ОБЪЕКТИВНЫЙ.

***A. Семейный анамнез.***

Сведения о ближайших родственниках, судьба которых известна, детях больного. Психические отклонения и заболевания у них: припадки, странности характера, са­моубийства, алкоголизм, сосудистые поражения, эндокринные и обменные наруше­ния.

***Б. Анамнез жизни.***

Раннее детство. Возраст родителей в момент рождения больного, как протекали роды у матери. Развитие ребенка. Когда начал ходить, говорить. Детские заболева­ния, течение их и последствия. Ночное недержание мочи, ночные страхи, нервность, припадки.

Школьный период. Начало обучения, успеваемость, усидчивость. Интерес к тем или иным занятиям, школьным предметам. Затруднения в учебе и их причины.

Половая сфера. Время наступления полового созревания, нервно-психические от­клонения в пубертатном периоде. Половое влечение, связи, сексуальные отклонения. Для женщин - время наступления менструаций, их регулярность. Беременности и аборты, роды. Климакс, протекание его.

Основные особенности личности до болезни. Активность, уравновешенность, терпеливость. Склонность к аффектам и нервным срывам, преобладающее настроение, колебания его. Общительность, преобладающие интересы, увлечения.

Семейная жизнь. Когда вступил в брак, отношения в семье.

Служба в армии. Приспособление к условиям армии, конфликты, дисциплинарные нарушения.

Профессиональный анамнез. Начало трудовой деятельности. Перемены профессии и их причины. Конфликтность на работе. Удовлетворенность работой. Профессио­нальные вредности.

Внешние вредности и их влияние на нервную систему. Перенесенные инфекции: психические нарушения в остром периоде. Интоксикации, употребление алкоголя, с какого времени, с какой частотой. Характер опьянения. Похмелье и последующие нервно-психические нарушения. Психические травмы.

***B. Анамнез заболевания.***

Болезненные эпизоды в прошлом. Первые проявления болезни: головные боли, головокружение, бессонница, снижение работоспособности, раздражительность, снижение интересов, изменение склонностей, замкнутость, изменение настроения, странные поступки и высказывания, бред и др.

Течение заболевания до момента помещения в больницу.

3. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПОВОД И ОБСТОЯ­ТЕЛЬСТВА СТАЦИОНИРОВАНИЯ.

А. Краткие соматические и неврологические данные.

Отклонения в соматическом и неврологическом статусах и лабораторных исследо­ваниях.

Б. Психический статус: см. зан.1, стр. 22.

4. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА, (подробные указания - см стр. 44)

1. Перечисление физических и психических симптомов.
2. Синдромальный диагноз.
3. Оценка течения заболевания.
4. Оценка "почвы" и предполагаемая у данного больного этиология.
5. Предположительный диагноз болезни (с указанием признаков, на основании которых сделан выбор диагноза).
6. Дифференциальный диагноз: клинические особенности, отклоняющиеся от ти­пичных для предположенного заболевания, сходные с теми, которые бывают при других болезнях, дифференциация с этими заболеваниями.
7. Окончательный диагноз.

5. 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).

Первое условие правильного разбора - полнота и точность исследования и описа­ния больного в истории болезни, но для того, чтобы диагноз был правильным, нуж­но также систематическое мышление. В психиатрии это особенно необходимо ввиду сложности психопатологических проявлений и возможной субъективности в их оценке. Представленная здесь общая схема построения диагноза должна содейство­вать правильному и всестороннему пониманию болезни в каждом конкретном слу­чае.

1. ВЫДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ

Прежде всего, нужно дать себе отчет в том, какие симптомы - неврологические, соматические и психопатологические - могут быть усмотрены в совокупности фак­тических данных, приведенных в истории болезни и перечислить эти симптомы. Недостаточный учет или неточное обозначение симптомов могут обесценить всю дальнейшую работу по построению диагноза и привести к ошибкам. Следует пом­нить, что врач далеко не всегда отмечает у больных такие типичные сочетания при­знаков, которые описаны в книгах. Для неопытного и невнимательного клинициста существует опасность "подгонять" свои описания к тем, которые есть в учебниках, находить симптомы, соответствующие заболеванию, на которые он настроился и не замечать явлений, противоречащих его диагностическому предположению.

2. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Вторым этапом диагностического мышления является объединение симптомов в синдромы. Синдром (группа симптомов, обусловленных единым патогенезом и за­кономерно появляющихся вместе при разных болезнях) - основная единица, кото­рой оперируют в диагностическом суждении. Обозначение синдрома должно соот­ветствовать принятой в психиатрии номенклатуре (см. стр. "Номенклатура син­дромов").

Квалификация синдрома может быть затруднительной ввиду нечеткой клиниче­ской картины или наличия симптомов, могущих быть отнесенными к различным синдромам. В таких случаях нужно определить, какие это синдромы и мотивиро­вать, почему диагностирован тот или иной синдром, несмотря на отклонения от ти­повой картины.

3. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдромальная картина состояния - 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 его течения чрезвычайно важна не только для определения нозологической формы, не и для прогноза и для выбора метода лечения. Поэтому характеристика течения заболевания должна отражать все индивидуальные особенности развития болезни у данного больного. Особенно важна характеристика начала заболевания, инициального этапа. Желательно установить, какой синдром являлся преобладаю­щим, ведущим как в инициальном, так и в последующих этапах болезни. Важно также уловить моменты и характер смены (перехода) синдромов, их усложнение. Например, в случае параноидной шизофрении с обычным течением нужно выделить характерные этапы: паранойяльный, параноидный, парафренный, шизофазия (А. В. Снежневский).

В общей характеристике течения нужно пользоваться установленными понятиями: острое, подострое, прогрессируюшее (прогредиентное), ремитгирующее, приступообразное, регредиентное течение.

4. ОЦЕНКА "ПОЧВЫ" И ЭТИОЛОГИИ

В понятие "почва" вкладывается конституция больного, все те моменты в его со­стоянии до болезни, 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, об особенностях характера и соматической сферы.

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

5. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ (выбор диагноза)

Диагностическое рассуждение имеет две стороны (два этапа): позитивную, постулирующую - утверждения о наличии того или иного заболевания и критическую - подбор и пересмотр всех данных, которые противоречат этому утверждению. До того, пока эта критическая оценка не сделана, диагноз имеет характер предположи­тельного. Для того, чтобы поставить предположительный диагноз, следует из имеющихся у больного симптомов, данных о течении, об этиологии отобрать такие признаки, которые соответствуют определенному заболеванию. Эти признаки следует привести для мотивировки предположительного диагноза. Другие, не характерные для предположенного заболевания клинические данные, оставляют­ся в стороне. Они будут учтены в дифференциальном и окончательном диагнозе.

ПРИМЕР: Больному 28 лет. С детства - обидчивый, очень чувствительный, замкнутый. В течение последних двух лет - повышенная утомляемость. Периодиче­ски возникали мысли о собственной неполноценности, чувство, что в его жизни "все идет самотеком". В течение полугода беспокоят неопределенные боли в голове. По­сле развода с женой стал замечать, что за ним следят, что посторонние ходят за ним по улицам, говорят о нем между собой, что посторонние люди смотрят на него. Больной насторожен, в отделении держится уединенно, временами отказывается от еды, прислушивается к чему-то. Вял, мимика бедная, интереса к беседе с врачом, к окружающему не обнаруживает.

Большинство фактов из представленной совокупности указывает на возмож­ность параноидной формы шизофрении. Этот предполагаемый диагноз можно мо­тивировать молодым возрастом, наличием бредовых идей преследования, не отра­жающих явным образом реального конфликта (разрыв с женой), замкнутостью больного, бедной эмоциональностью. Такие факты, как возникновение психоза по­сле конфликта, характерологические отклонения до болезни, которые дают основа­ние для другого предположения - о реактивном параноиде - будут рассмотрены при дифференциальном диагнозе.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз предназначен для проверки предположительного и представляет собой критическую часть диагностического рассуждения. Предполо­жительный диагноз контролируется при помощи анализа тех признаков, которые характерны для предполагаемой формы.

Используем такой путь для контроля предположительного диагноза в нашем примере. Не типичными для параноидной формы шизофрении признаками в этом примере оказываются: возникновение бреда после конфликта, наличие сенситивных черт характера у больного, отсутствие нарушений в течении мыслей. Эти явления дают повод предполагать у больного реактивный параноид, возникший вследствие переживаний, обусловленных уходом жены.

Проводя дифференциацию с этим заболеванием, мы убеждаемся в том, что от­сутствие связи в содержании бреда с травмирующим переживанием, бедные эмо­циональные проявления несовместимы с этим диагнозом. Контроль, таким образом, подтверждает наш предполагаемый диагноз шизофрении.

Другой путь дифференциального диагноза - сличение (аналогия) с заболева­ниями, имеющими сходную картину. Например, устанавливая диагноз у больного со слуховыми галлюцинациями, мы можем иметь в виду различение между теми заболеваниями, для которых характерен вербальный галлюциноз - алкогольным, люэтическим психозами, психозами при общих инфекциях, шизофренией. Этот путь диагноза более прост, но он в меньшей мере учитывает конкретно индивидуальные особенности данного случая болезни. В практике диагноза дифференциально-диагностические предположения служат не только для построения суждений, но и для выбора действий, направленных на уточнение диагноза - лабораторных исследований, сбора недостающих сведений анамнеза и др.

В том случае, если диагностическое заключение, по мнению куратора, невоз­можно на основании сведений больничной истории болезни, в которой содержатся все анализы и другие данные исследований, он может выставить диагноз, который считает наиболее вероятным, наряду с другим, возможным, и указать, что необхо­димо сделать для устранения сомнений. Первый из этих диагнозов должен быть та­ким подробным, как и в том случае, если без сомнений устанавливается диагноз того или иного заболевания.

7. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Предположительный диагноз ограничивается только указанием на общую 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 особое, индивидуальное, свойственное только данному больному (в частности, атипичные для данной формы симптомы). Такой диагноз называют структурным, имея в виду, что он отражает формирующие картину факторы: соотношение "почвы", основного и дополнительного фактора, особенности процесса и его локализации и т. п. (см. раздел программы "Этиология и патогенез", стр.).

Окончательный диагноз должен быть сформулирован таким образом, 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.

Так, окончательный диагноз в нашем примере параноидной шизофрении может быть следующим: Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, параноидный этап у личности с психастеническими чертами характера.

Окончательный диагноз должен служить основой для мотивации прогноза, ле­чения, трудоустройства, поэтому он и должен быть установлен с исчерпывающей полнотой и конкретностью.

**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.