

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

16 июня 2022 г., протокол УС №6

Психиатрия-наркология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой

Многопрофильной клинической подготовки

Учебный план о310821 -Психиатрия - Наркология -21 -1.plx

31.08.21 Психиатрия-наркология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936

Виды контроля в семестрах:

в том числе:

зачеты 1

аудиторные занятия 448
самостоятельная работа 380

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	Неделя		Неделя			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП	УП	РП
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	192	192	208	208	400	400
Итого ауд.	224	224	224	224	448	448
Контактная работа	224	224	224	224	448	448
Сам. работа	190	190	190	190	380	380
Часы на контроль	54	54	54	54	108	108
Итого	468	468	468	468	936	936

Программу составил:

Доктор медицинских наук, профессор Н.В.Климова

Рабочая программа дисциплины

Психиатрия-наркология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.21 ПСИХИАТРИЯ -НАРКОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 25.08.2014г. №1063)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Психиатрия-наркология утвержденного учёным советом вуза от 17.06.2022 протокол № 6.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры **Многопрофильной клинической подготовки**

Протокол от 16.05.2022 г. № 16

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Климова Н.В.

Председатель УМС – старший преподаватель, к.м.н. Ж.Н. Лопацкая

26 мая 2022 г. протокол № 8

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Подготовка квалифицированного специалиста в области диагностики, лечения и профилактики зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ), обладающего системой соответствующих профессиональных компетенций в сфере наркологической помощи населению; готового – на основе критериев МКБ-10 и действующего законодательства – к первичному выявлению, комплексной терапии, диспансерному наблюдению и социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, а также – к осуществлению мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни и укрепление здоровья пациентов и их окружения.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия"
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Психические расстройства в экстремальных и чрезвычайных ситуациях
2.2.2	Психотерапия
2.2.3	Психотерапия зависимостей
2.2.4	Экспертиза в психиатрии-наркологии
2.2.5	Психосоматические расстройства
2.2.6	Психиатрия детского и подросткового возраста

2.2.7	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.2.8	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2.9	Клиническая фармакология
2.2.10	Патология
2.2.11	Производственная (клиническая) практика, базовая часть
2.2.12	Производственная (клиническая) практика, вариативная часть

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации

ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- основы законодательства Российской Федерации в сфере оказания психиатрической и наркологической помощи;
3.1.2	- основы организации наркологической помощи в РФ, задачи и структуру наркологической службы;
3.1.3	- распространенность наркологических заболеваний среди населения и в половозрастных группах, значение этих
3.1.4	показателей в оценке состояния здоровья населения; - основы государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации;
3.1.5	- основы МКБ с акцентом на главе «Психические и поведенческие расстройства»;
3.1.6	- клиническую классификацию зависимостей от ПАВ;
3.1.7	- методы обследования в психиатрии-наркологии и общую психопатологию;
3.1.8	- основы и клиническое значение лабораторной диагностики заболеваний, вызванных ПАВ;
3.1.9	- фармакологию и токсикологию различных ПАВ;
3.1.10	- этиопатогенетические механизмы формирования зависимости от различных ПАВ;

3.1.11	- клиническую картину острой интоксикации, изменённых форм опьянения (одурманивания), употребления с пагубными последствиями, динамику формирования патологического влечения, синдрома зависимости, синдрома отмены, психопатологических и соматических осложнений в связи с употреблением различных ПАВ;
3.1.12	- клинику зависимости от ПАВ, коморбидной с другими психическими, соматическими и неврологическими заболеваниями;
3.1.13	- клинику игровой и интернет-зависимости;
3.1.14	- фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных препаратов, применяемых в наркологии;
3.1.15	- механизм действия, побочные эффекты и способы применения основных групп лекарственных средств, применяемых для лечения зависимости от ПАВ;
3.1.16	- проблемы совместимости различных лекарственных средств с ПАВ;
3.1.17	- современные методы лечения различных видов химической, игровой и интернет-зависимости;
3.1.18	- особенности лечения зависимости от ПАВ у женщин, лиц молодого и пожилого возраста;
3.1.19	- основные принципы оказания неотложной наркологической помощи;
3.1.20	- основные принципы фито- и рефлексотерапии в наркологии;

3.1.21	- организацию и объем медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых отравлениях ПАВ;
3.1.22	- основы первичной, вторичной и третичной профилактики химической и нехимической зависимости;
3.1.23	- принципы и методы реабилитации больных с зависимостью от ПАВ, азартных игр и сети Интернет;
3.1.24	- принципы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения;
3.2	Уметь:
3.2.1	- распросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им ПАВ;
3.2.2	- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного;
3.2.3	- выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания;
3.2.4	- провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с употреблением ПАВ, со сходными по клинической картине заболеваниями;
3.2.5	- обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований и оценить их результаты;
3.2.6	- поставить и обосновать окончательный диагноз;
3.2.7	- оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем;
3.2.8	- оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии;
3.2.9	- купировать психомоторное возбуждение;
3.2.10	- провести детоксикацию и многопрофильную инфузионную терапию с коррекцией водных потерь, кислотно-
3.2.11	щелочного состояния (КЩС), электролитного обмена при неотложных состояниях в наркологии (острые отравления - выявить клинические показания для срочной или плановой госпитализации или перевода наркологического больного на лечение к другому специалисту, определить профиль медицинской организации или специалиста с учетом особенности и тяжести заболевания);
3.2.12	- разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии;
3.2.13	- провести комплексное лечение больного наркологического профиля с учетом психопатологического и
3.2.14	купировать синдром отмены у больного с зависимостью от ПАВ с учетом формы и стадии заболевания;
3.2.15	- обосновать показания к назначению пациенту с зависимостью от ПАВ психотропных средств;
3.2.16	- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения
3.2.17	больному алкоголизмом и наркоманией; - организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больных зависимостью от ПАВ женщин, лиц молодого и пожилого возраста;
3.2.18	- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов зависимости от ПАВ;
3.2.19	- проводить обучающие занятия с больными, направленные на выработку мотивации к лечению, формированию у пациентов навыков противодействия употреблению ПАВ, улучшению способности к разрешению житейских проблем;
3.2.20	- работать с семьей больного зависимостью от ПАВ, определить степень созависимости и организовать коррекцию внутрисемейных взаимоотношений;
3.2.21	- проводить анализ случаев расхождения диагноза, отсутствия или низкой эффективности терапии, выявить ошибки и осуществить мероприятия по повышению эффективности и качества лечебной работы;
3.2.22	- оформлять медицинскую документацию в области психиатрии-наркологии;
3.2.23	- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению злоупотребления ПАВ и профилактике игровой
3.2.24	зависимости; - собирать сведения о численности, возрастном, половом, профессиональном составе населения и больных - наркологического профиля на обслуживаемом участке и проводить комплексный анализ наркологической ситуации;
3.2.25	- на основе анализа статистических показателей определять перечень организационных, лечебных и профилактических мероприятий и разрабатывать меры по их внедрению для улучшения здоровья населения и
3.2.26	уменьшения риска наркологической - составлять отчет о своей деятельности и проводить ее анализ;заболеваемости на участке;
3.2.27	- организовывать работу фельдшера-нарколога, медицинской сестры наркологического профиля;
3.2.28	- оказывать консультативно-методическую помощь врачам по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих
3.2.29	алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению - принимать участие в повышении квалификации врачей общего профиля по основам клиники, профилактики ПАВ; и и лечения наркологических заболеваний;
3.2.30	- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля;
3.2.31	- использовать законодательство Российской Федерации и инструктивно-методическую документацию, принятую в
3.2.32	наркологии для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций наркологического профиля; - проводить оценку эффективности медико-организационных и социальноэкономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам наркологического профиля.
3.3	Владеть:
3.3.1	- методикой расспроса больного зависимостью от ПАВ и нехимической зависимостью;
3.3.2	- методикой выявления характерных симптомов и синдромов зависимости от ПАВ и нехимической зависимости;

3.3.3	- разнообразным репертуаром формулировок диагнозов зависимости от ПАВ и нехимической зависимости;
3.3.4	- методиками купирования синдрома отмены различных ПАВ и нехимических зависимостей;
3.3.5	- методами купирования острого психотического состояния, связанного с употреблением ПАВ;
3.3.6	- методиками выбора фармакологических средств для лечения острых и подострых расстройств, возникших в прямой зависимости от интоксикации ПАВ и продуктами его метаболизма;
3.3.7	- методиками выбора базовых лекарственных средств при лечении зависимости от ПАВ на этапе становления ремиссии;
3.3.8	- методиками выбора базовых лекарственных средств при лечении зависимости от ПАВ на этапе стабилизации ремиссии;
3.3.9	- методами проведения поддерживающей и противорецидивной терапии при зависимости от ПАВ и нехимических зависимостях;
3.3.10	- навыками консультирования родственников по вопросам реабилитации больного с зависимостью от ПАВ и нехимической зависимостью;
3.3.11	- методами реабилитации пациентов с аддиктивными расстройствами;
3.3.12	- методами первичной профилактики различных видов зависимости (от сети Интернета, азартных игр, ПАВ) в подростковом и молодом возрасте.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. «Общая психопатология»						
1.1	Организационные и правовые основы психиатрической и наркологической помощи в Российской Федерации. /Лек/	1	4	ПК-5, ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.2	Количественные и качественные расстройства ощущений. Расстройства восприятия. /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.3	Расстройства эмоций, воли, памяти и интеллекта. /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.4	Расстройства мышления по форме. Расстройства мышления по содержанию. /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.5	Синдромы выключенного сознания. Синдромы помрачённого сознания. /Лек/	1	4	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.6	Понятие о позитивных (продуктивных) и негативных (дефицитарных) синдромах. Невротические синдромы Психопатические синдромы Гипопсихотические синдромы Психотические синдромы /Лек/	1	2	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
1.7	Гипестезия, анестезия, гиперестезия. Парестезии, синестезии. Сенестопатии. Иллюзии, парейдолии. Истинные и псевдогаллюцинации. Галлюциноиды. Психосенсорные расстройства.	1	13	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование

	/Пр/						
--	------	--	--	--	--	--	--

1.8	<p>Варианты гипо- и гипертимии. Амбивалентность и неадекватность эмоций. Эмоциональное снижение, апатия, дисфория, лабильность эмоций. Тревога, страх, аффект, экстаз.</p> <p>Абулия, гипобулия, гипербулия.</p> <p>Парабулии: расстройства влечений (дипсомания, дромомания, мифомания, копролалия, сатириазис и нимфомания, пиромания, клептомания). Парабулии: расстройства инстинктов (сексуальные перверзии, пищевые перверзии). Парабулии: двигательно-волевые нарушения (негативизм, стереотипии, эхопраксия, акинезия, ступор, паракинезии, амбигенность). /Пр/</p>	1	13	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
1.9	<p>Количественные расстройства памяти. Качественные расстройства памяти. Умственная отсталость. Деменция. /Пр/</p>	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
1.10	<p>Расстройства мышления по темпу. Расстройства мышления по структуре. Навязчивые, сверхценные и бредовые идеи, бредаподобные фантазии. /Пр/</p>	1	10	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
1.11	<p>Оглушение, сопор, кома. Делирий, аменция, сумерки, онейроид. Нарушения внимания. /Пр/</p>	1	13	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
1.12	<p>Позитивные и негативные синдромы в свете теории диссолюции Х. Джексона; их место и роль на различных стадиях течения психических заболеваний. Астенический, обсессивный, тревожный, фобический, депрессивный, дисморфобический, ипохондрический, истерический. Шизоидный, паранойяльный, истерический, психастенический, эксплозивный, диссоциальный, астенический</p> <p>Гипнагогический (с разновидностями)</p> <p>Депрессивный, маниакальный, паранойяльный, параноидный, парафренный, галлюцинаторный, галлюцинаторно-параноидный, психического автоматизма, тотального овладения, аффективно-параноидный, кататонический, гебефренный, синдромы нарушенного сознания, пароксизмальный /Пр/</p>	1	13	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
1.13	<p>Подготовка к практическим занятиям</p> <p>Написание рефератов. /Ср/</p>	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
1.14	<p>Подготовка к практическим занятиям</p> <p>Написание рефератов. /Ср/</p>	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата

1.15	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
1.16	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
1.17	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	15	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
1.18	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	17	ПК-5	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
Раздел 2. «Частная психопатология»							
2.1	Деменции (Д) в связи с сомато- неврологической патологией Органические психотические и непсихотические расстройства. /Лек/	1	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.2	Острые реакции на стресс. ПТСР. Расстройства адаптации. Тревожные и фобические расстройства. Обсессивные расстройства Диссоциативные (конверсионные) расстройства. Расстройство множественной личности. Деперсонализационно-дереализа- ционное расстройство Соматизированное расстройство. Ипохондрическое расстройство. Соматоформная вегетативная дисфункция. Неврастения. /Лек/	1	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.3	Шизоидное, параноидное, истерическое, ананкастное расстройства личности. Эмоционально неустойчивое (испульсивного, пограничного типа), диссоциальное расстройство. Тревожное (уклоняющееся), зависимое, смешанное и другие расстройства личности. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.4	Легкая, умеренная, тяжёлая и глубокая умственная отсталость (УО). /Лек/	1	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	

2.5	Биполярное аффективное расстройство. Циклотимия. Рекуррентная депрессия. Дистимия. Маниакальный эпизод. /Лек/	1	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.6	Шизофрения и расстройства «шизофренического спектра»: диагностические критерии, клинические формы. Хронические бредовые и острые транзиторные психотические расстройства. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.7	Расстройства привычек и влечений. Расстройства половой идентификации и сексуального влечения. /Лек/	1	2	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	
2.8	Д. в связи с болезнью Альцгеймера, Пика, Якоба-Крейтцфельда, Паркинсона, мультиинфарктная Д., Д., обусловленная ВИЧ, Д. в связи с ЧМТ, с воспалительными заболеваниями головного мозга, в связи с другими соматическими заболеваниями, инфекциями и интоксикациями. Галлюциноз, бредовое (шизофреноподобное) расстройство, кататоническое расстройство, аффективное расстройство. Лёгкое когнитивное расстройство. Органическое астеническое расстройство. Органическое тревожное расстройство. Органическое расстройство личности. Органическое диссоциативное расстройство. /Пр/	1	16	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
2.9	Этиопатогенез и клиника связанных со стрессом расстройств. Этиопатогенез и клиника тревожно-фобических расстройств. Этиопатогенез клиника диссоциативных и психосенсорных расстройств. Этиопатогенез и клиника соматизированных расстройств и неврастений. /Пр/	1	14		Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
2.10	Этиопатогенез расстройств личности, Диагностические критерии П.Б. Ганнушкина. Клиника, статика и динамика расстройств личности. Психотерапевтическая и медикаментозная коррекция и социальная реабилитация расстройств личности. /Пр/	1	14		Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Фронтальный опрос, тестирование
2.11	Этиопатогенез, клиника и диф.диагностика УО. Патопсихологические методы определения IQ. /Пр/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая

2.12	Этиопатогенез, клиника и диф.диагностика аффективных психозов. Лечение и профилактика аффективных расстройств настроения. /Пр/	1	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
2.13	Современные представления об этиопатогенезе эндогенных психозов, их клиника и течение и исходы. Дифференциальная диагностика	1	17	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	0	Фронтальный опрос, тестирование

	бредовых психозов. /Пр/				Э10 Э11 Э14 Э15		
2.14	Гемблинг. Пиромания. Клептомания. Трихотилломания, онихо- и хейлофагия. Транссексуализм. Трансвестизм. Фетишизм. Эксгибиционизм. Вуайеризм. Педофилия. Садомазохизм. Геронтофилия. Зоофилия. Пигмалионизм. Нарциссизм. Инцест. /Пр/	1	16	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
2.15	Эпилептическая болезнь и симптоматическая эпилепсия /Пр/	1	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
2.16	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.17	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.18	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.19	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.20	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.21	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата

2.22	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
2.23	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	1	12	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Защита реферата
Раздел 3.							

3.1	Контрольная работа	1	2	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
3.2	Экзамен.	1	54	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.2 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э14 Э15	0	Теоретические вопросы, решение ситуационных задач
Раздел 4. «Клиника алкогольной зависимости»							
4.1	Синдром психической зависимости. Утрата защитного рвотного рефлекса. Алкогольные палимпсесты. /Лек/	2	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
4.2	Синдром физической зависимости Осложнения синдрома отмены алкоголя. Другие проявления 2-й стадии алкоголизма. /Лек/	2	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
4.3	Типичные признаки 3-й стадии алкоголизма Тяжёлые алкогольные энцефалопатии. Другие проявления алкогольной зависимости. /Лек/	2	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
4.4	Учащение алкоголизаций. Обсессивное влечение к алкоголю. Утрата количественного контроля. Рост толерантности к алкоголю. Утрата ситуационного контроля. /Пр/	2	18	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
4.5	Компульсивное влечение к алкоголю. Формирование плато толерантности. Синдром отмены алкоголя. Псевдозапойное пьянство. Острые и хронические алкогольные психозы. Алкогольная эпилепсия. Алкогольная депрессия. Изменённые формы опьянения. Истинные запои. Прогрессирующая деградация личности. Полиорганный соматическая патология. Сексуальные нарушения. Социальная дезадаптация. /Пр/	2	18	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая

4.6	Падение толерантности к алкоголю. Систематическое пьянство. «Сухие» абстиненции. Энцефалопатии Корсакова, Гайе-Вернике, Маркиафава-Беньями, псевдопаралич, с картиной бери-бери; с симптомами ретробульбарного неврита, обусловленная стенозом верхней поллой вены, мозжечковая атрофия, центральный некроз моста, ламинарный корковый склероз Мореля. Алкогольное слабоумие. Возрастные особенности алкогольной зависимости. Гендерные особенности алкогольной зависимости. /Пр/	2	16	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос, тестирование
-----	---	---	----	-------------------	---	---	---------------------------------

4.7	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
4.8	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
4.9	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	14	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
Раздел 5. «Клиника наркотической зависимости»							
5.1	Опиоидная зависимость: эпидемиология, этиопатогенез, клиника интоксикации опиоидами. Динамика формирования опиоидной зависимости: клинические стадии, исход, последствия передозировки. /Лек/	2	2	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
5.2	Каннабиноидная зависимость: эпидемиология, этиопатогенез, клиника интоксикации каннабиноидами. Динамика формирования гашишной зависимости: клинические стадии, исход, гашишные психозы. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
5.3	Кокаиновая зависимость: история, эпидемиология, этиопатогенез, формы употребления кокаина, крэк; клиника интоксикации кокаином. Передозировка кокаина. Динамика формирования кокаиновой зависимости: клинические стадии, исход, кокаиновые психозы. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	

5.4	ЛСД-25: история создания, опыт терапевтического применения, «кислотная» субкультура хиппи. Исследования Г.В. Столярова. Динамика формирования зависимости от галлюциногенов: клинические стадии, исход, интоксикационные психозы. Возрастные особенности употребления галлюциногенов. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
5.5	Барбитураты: история, применение в медицине, немедицинское использование, формы употребления барбитуратов как наркотиков. Клиника барбитурового одурманивания: соматика, неврология, психопатология. Динамика формирования барбитуровой зависимости. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
5.6	Амфетамины: история создания, применение в медицине, немедицинское использование, формы употребления амфетаминов как наркотиков. Динамика формирования зависимости	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	

	от амфетаминов. Синдром отмены и риск самоубийства. /Лек/						
5.7	Натуральные опиаты и синтетические опиоиды. Промышленные и кустарные субстанции. Клиника опиоидного одурманивания. Синдром отмены опиатов: соматика, неврология, психопатология; методики купирования, критерии выздоровления. /Пр/	2	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
5.8	Натуральные и синтетические каннабиноиды. Смеси, спайсы, соли, содержащие синтетические каннабимиметики. Клиника гашишного одурманивания. Проблема легализации каннабиноидов. Синдром отмены каннабиноидов: соматика, неврология, психопатология; методики купирование, критерии выздоровления. /Пр/	2	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л3.1 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
5.9	Промышленный и кустарный кокаин. Клиника кокаинового одурманивания. Кокаин как наркотик «творческой интеллигенции». Синдром отмены кокаина: отсутствие признаков физической зависимости, психопатология, продолжительность, критерии выздоровления. /Пр/	2	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая

5.10	ЛСД-25, псилоцибины, мескалин: дифференциальная диагностика интоксикации. Психоделические эффекты галлюциногенов в искусстве XX века. Натуральные и синтетические галлюциногены. Клиника одурманивания галлюциногенами. Передозировка галлюциногенов. /Пр/	2	10	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
5.11	Парентеральная барбитуровая интоксикация: фаза психостимуляции и фаза наркотического сна. Влияние на речедвигательный аппарат и общую моторику. Практика кофеин-барбамилового растормаживания в психиатрии. Пентотал как средство для эвтаназии. Исходы барбитуровой зависимости. /Пр/	2	8	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
5.12	Клиника интоксикации амфетамином. Амфетамины и «дисколотечная» субкультура. Экстази и обезвоживание на танцполе. Первитин (метамфетамин, «винт») как «табельное средство» летчиков и танкистов III рейха. Эфедрин как прекурсор первитина. /Пр/	2	8	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
5.13	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата

5.14	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
5.15	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
5.16	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
5.17	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
5.18	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
Раздел 6. «Клиника токсической зависимости»							

6.1	Зависимость от транквилизаторов: клиника, динамика, исходы. Зависимость от седативных средств: клиника, динамика, исходы. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.2	Зависимость от метилфендата, метилendioксипировалерона: клиника, динамика, исходы. Медицинское и пищевое применение психостимуляторов. Кофеиновая зависимость: клиника, динамика, исходы. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.3	Бензин, ацетон, клей, нитроэмали как химические субстанции с психоактивным эффектом. Возрастные особенности употребления ингаляционных эйфорикантов. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.4	Табак как психоактивное вещество и никотин как психостимулятор. Распространённость табачной зависимости. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.5	Коаксил и дезоморфин как источники химической аддикции. Кустарные технологии изготовления конечного психоактивного продукта. Психоактивные субстанции в составе «новых микстов» - курительных смесей, солей, спайсов. Способы распространения. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	

6.6	Сочетанная зависимость от алкоголя, наркотиков и токсических веществ. Сочетанная зависимость от наркотиков и токсических веществ. /Лек/	2	0,5	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.7	Особенности наркотической и токсической зависимости у мужчин и женщин. /Лек/	2	1	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
6.8	Клиника интоксикации бензодиазепинами. Синдром отмены транквилизаторов: соматика, неврология, психопатология. Клиника интоксикации седативными средствами. Синдром отмены седативных препаратов: соматика, неврология, психопатология. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос, тестирование
6.9	Зависимость от летучих растворителей: клиника, динамика, исходы, соматические, неврологические и психические осложнения. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
6.10	Табачная зависимость: клиника, динамика, исходы. Канцерогенез и прочие осложнения. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая

6.11	Зависимость от коаксила: клиника, динамика, исходы, осложнения. Зависимость от дезоморфина: клиника, динамика, исходы, осложнения. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
6.12	Зависимость от синтетических каннабимиметиков: клиника, динамика, исходы, осложнения. /Пр/	2	8	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
6.13	Наиболее распространённые сочетания алкоголя с другими психоактивными веществами: клиника, динамика, исходы. Наиболее распространённые сочетания психоактивных веществ, исключая этанол: клиника, динамика, исходы. /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
6.14	Половой клинический диморфизм героиновой зависимости и зависимости от спайса и «дизайнерских субстанций». /Пр/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14 Э23 Э24 Э25	0	Разбор клинического случая
6.15	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.16	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.17	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	6	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.18	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.19	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.20	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов
6.21	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	7	ПК-2 ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита рефератов

	Раздел 7. «Лечение и реабилитация наркологических больных»						
7.1	Поражения сердца и сосудов. Поражения дыхательной системы. Поражения нервной системы. Поражения пищеварительной системы. Поражения выделительной системы. ВИЧ-инфекция в наркологической практике. /Лек/	2	0,5	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
7.2	Помощь при острых интоксикациях ПАВ. Помощь при тяжёлых формах синдрома отмены ПАВ. Лечение острых алкогольных психозов. Лечение острых психозов, вызванных употреблением наркотических и токсических средств. /Лек/	2	0,5	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
7.3	Медикаментозная терапия зависимости от ПАВ. Побочные эффекты и осложнения психофармакотерапии зависимости от ПАВ. Немедикаментозные методы терапии зависимости от ПАВ /Лек/	2	0,5	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9		0	
7.4	Теоретические основы психотерапии зависимости от ПАВ. Интеграция психотерапии в систему лечения зависимости от ПАВ. Суггестивная терапия. Поведенческая терапия. Психоаналитическая терапия. Дифференцированное применение и оценка эффективности психотерапии в наркологии. /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	

7.5	История и основные модели реабилитации в наркологии. Концепция, методология и практика реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ. /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	
7.6	Концепция профилактики в наркологии. Опыт стран Старого и Нового света в сфере профилактики зависимости от ПАВ. Профилактика парентеральных инфекций, связанных с употреблением ПАВ. Профилактика алкогольного синдрома плода (АСП) и синдрома отмены наркотиков (СОН) у новорождённых. /Лек/	2	1	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	

7.7	Восстановительная терапия и вторичная профилактика поражения сердца, сосудов, нервной системы, ЖКТ, выделительного тракта и ВИЧ-инфекции при зависимости от ПАВ. Концепция профилактики в наркологии. Опыт стран Старого и Нового света в сфере профилактики зависимости от ПАВ. Профилактика парентеральных инфекций, связанных с употреблением ПАВ. Профилактика алкогольного синдрома плода (АСП) и синдрома отмены наркотиков (СОН) у новорождённых /Пр/	2	8	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос, тестирование
7.8	Помощь при тяжёлом алкогольном опьянении, при тяжёлой интоксикации опиатами, при передозировке кокаина. Лечение белой горячки, острого алкогольного галлюциноза и острого алкогольного параноида. Лечение гашишных, псилоцибиновых, амфетаминовых, кокаиновых психозов. /Пр/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
7.9	Дезинтоксикация. Аверсивная терапия. Сенсibiliзирующая терапия. Противорецидивная терапия. Мезодизэнцефальная модуляция. Гипокситерапия. Гипербарическая оксигенация. Эфферентные методы. /Пр/	2	8	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
7.10	История психотерапии зависимостей. Общие личностные характеристики наркологических больных. Индивидуальная и групповая гипносуггестивная терапия. Эмоционально-стрессовая терапия. Когнитивно-бихевиоральная терапия. Семейная терапия и коррекция созависимости. Психодинамическая теория возникновения зависимости от ПАВ. Концепция К. Менингера. Методы классического психоанализа, Юнг-анализ, подходы Адлера, Хорни, Кохута. /Пр/	2	8	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос, тестирование

7.11	Миннесотская 12-шаговая модель. Группы само- и взаимопомощи. Понятие о реабилитационном потенциале. Терапевтические сообщества. Конфессиональные реабилитационные центры. Семейные клубы трезвости. /Пр/	2	8	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Фронтальный опрос
7.12	Роль санитарного просвещения в предупреждении зависимости от ПАВ и профилактике парентерального инфицирования наркозависимых. /Пр/	2	6	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Разбор клинического случая
7.13	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата

7.14	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
7.15	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
7.16	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
7.17	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
7.18	Подготовка к практическим занятиям Написание рефератов. /Ср/	2	10	ПК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.3 Л1.4 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 – Э10 Э12 Э13 Э14	0	Защита реферата
Раздел 8.							
8.1	Контрольная работа	2	2	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Разбор клинического случая
8.2	Экзамен.	2	54	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9 Э10 Э11 Э12 Э13 Э14 Э15	0	Теоретические вопросы, тестирование, решение ситуационных задач.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Приведены в приложении № 1.

5.2. Темы письменных работ

Приведены в приложении № 1.

5.3. Фонд оценочных средств

Приведены в приложении № 1.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: фронтальный опрос, тестирование, разбор клинического случая, защита реферата
 Контрольная работа: разбор клинического случая
 Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестирование, решение ситуационных задач

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л1.1	Иванец Н.Н Анохина И.П Винникова М.А Барденштейн Л.М Алёшкина Г.А.	Психиатрия - Наркология : национальное руководство	М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018 г [Электронный ресурс]	1
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л2.1	Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Кинкулькина М. А. Струковская М.В. Тополянский В.Д.,	Психиатрия и медицинская психология: учебник.	Москва: М.: ГЭОТАР Медиа, 2016., Электронный ресурс	1
Л2.2	Струковская М.В. Тополянский В.Д.,	Психосоматические расстройства	Москва: М ГЭОТАР Медиа, 2016., Электронный ресурс	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Количество
Л3.1	Винникова М.А., Шахова СМ.	Синтетические каннабиноиды: особенности формирования синдрома зависимости и подходы к терапии	Деп. здравоохр., 2016 г Электронный ресурс	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»			
Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова			
Э3	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)			
Э5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)			
Э6	http://www.rusmedserv.com (Русский медицинский сервер)			
Э7	http://www.medlinks.ru (Вся медицина в Интернет)			
Э8	http://www.medinfo.ru (Медицинская поисковая система для специалистов и пациентов)			
Э9	http://www.webmedinfo.ru/index.php (Медицинский проект WebMedInfo)			
Э10	http://www.iacmac.ru/rus/all/bibl.shtml (Ссылки на медицинские электронные библиотеки)			
Э11	Психические расстройства в общей медицине. Журнал.			
Э12	http://con-med.ru/magazines/psikhicheskiye_rastroystva_v_obschey_meditsine/ http://www.nncn.ru/2_854.html			
Э13	Наркология. Журнал. http://www.narkotiki.ru/5_46177.htm			

Э14	Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Журнал. https://svpin.org/
Э15	Российский психиатрический журнал. Журнал. http://rpj.serbsky.ru/index.php/rpj
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	http://www.garant.ru информационно-правовой портал Гарант.ру
6.3.2.2	http://www.consultant.ru справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Материально-техническое обеспечение включает в себя: учебная аудитория, компьютерный мультимедийный проектор.
-----	---

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.08.21 Психиатрия-наркология
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	многопрофильной клинической подготовки
Выпускающая кафедра	Многопрофильной клинической подготовки

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ (1 семестр)

Контрольная работа включает разработку проекта рабочей программы дисциплины (РПД) и разработку оценочных средств (ОС).

1. Подготовить проект рабочей программы по дисциплине по РУПу (рабочий учебный план) программы ординатуры по своей специальности (РУПы размещены на сайте СурГУ).

Рабочая программа дисциплины (РПД) – учебно-методический документ, в котором в соответствии с федеральными государственными требованиями уровню подготовки выпускников по конкретной учебной дисциплине определены содержание обучения, последовательность и наиболее целесообразные способы ее усвоения ординаторами в условиях конкретного образовательного учреждения.

Критерии оценивания рабочей программы:

1) Рабочая программа должна содержать следующие разделы:

1. *Цели освоения дисциплины;*
2. *Место дисциплины в структуре ОПОП ВО;*
3. *Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины*

(модуля);

4. *Структуру и содержание дисциплины (модуля) – календарно-тематический план.*
- 2) Проектирование должно быть выполнено в соответствии с РУПом, представленным на сайте СурГУ.

3) Календарно-тематический план изучения дисциплины – учебно-методический документ, составленный на основе рабочей учебной программы дисциплины и графика учебного процесса, в котором зафиксированы: распределение учебного материала по дидактическим единицам и времени, необходимого на их изучение, требуемые наглядные пособия и задания студентам (ординаторам) на самостоятельную внеаудиторную работу.

2. Подготовить оценочные средства к рабочей программе по дисциплине (РПД)

Рабочего учебного плана (РУП) программы ординатуры по своей специальности (РУПы размещены на сайте СурГУ).

Критерии оценивания фондов оценочных средств:

- 1) Фонды оценочных средств выполнены в соответствии с локальным-нормативным актом СурГУ.
- 2) Фонды оценочных средств систематизированы и структурированы.
- 3) Самостоятельность выполнения (отсутствие плагиата).

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (1 семестр)

Раздел 1. «Общая психопатология»

Тема1: Расстройства восприятия и ощущения

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

A – верно 1, 2, 3

B – верно 1 и 3

C – верно 2 и 4

D – верно только 4

E – верно все

1. ИЛЛЮЗИИ:

1/ не являются безусловным признаком психической болезни

2/ могут возникать в дебюте некоторых острых психозов

3/ появляются у здоровых людей при недостатке информации

4/ являются ошибочным (преображенным) восприятием реально существующих объектов

2. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

1/ относятся к негативным (дефицитарным) симптомам

2/ являются расстройством невротического уровня

3/ встречаются только при шизофрении

4/ являются ошибочным восприятием объектов и явлений там, где в действительности ничего нет

3. Следующие факты правильно характеризуют понятие ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

1/ являются признаком психоза

2/ реальный предмет (явление) принимается за что-то другое

3/ воспринимается объект(явление) там, где ничего нет

4/ внезапно возникают, и также внезапно исчезают, обычно существуют короткое время

4. Для СЕНЕСТОПАТИЙ характерно следующее:

1/ Больной затрудняется в описании своих ощущений

2/ Нередко возникают при шизофрении

3/ Часто сочетаются с ипохондрическими суждениями

4/ Усиливаются в вечернее время

5. Истинные галлюцинации нередко возникают при:

1/ маниакальном синдроме

2/ острых экзогенных психозах

3/ неврозах

4/ алкогольном делирии

6. Псевдогаллюцинации являются довольно типичным симптомом:

1/ алкогольных психозов

2/ истерии

3/ болезни Альцгеймера

4/ шизофрении

7. Вербальными можно назвать галлюцинации:

1/ комментирующие

2/ тактильные

3/ императивные

4/ гипногические

8. Псевдогаллюцинации, как правило:

1/ характеризуются интрапроекцией

2/ усиливаются при надавливании на глазные яблоки

3/ наделены чувством сделанности

- 4/ тесно связаны с реальными объектами, взаимодействуют с ними
9. Расстройства восприятия, обычно протекающие по типу пароксизмов:
- 1/ психосенсорные расстройства
 - 2/ сенестопатии
 - 3/ "deja vu" и "jamais vu"
 - 4/ гиперэстезия
10. Факторы способствующие возникновению иллюзий:
- 1/ Эмоциональное напряжение, предуготовленные представления
 - 2/ Недостаточная коррекция со стороны органов чувств (снижение слуха и зрения, недостаток света, избыточный шум)
 - 3/ Состояния утомления, истощения
 - 4/ Отставание в психическом развитии
11. Показанием к срочной недобровольной госпитализации являются:
- 1/ комментирующие галлюцинации
 - 2/ сценopodobные галлюцинации
 - 3/ сенестопатии
 - 4/ императивные галлюцинации
12. Синдром галлюциноза обычно:
- 1/ характеризуется обильными галлюцинациями
 - 2/ возникает в результате экзогенного поражения
 - 3/ сопровождается расстройствами восприятия в пределах одного анализатора
 - 4/ возникает на фоне ясного сознания
13. Психосенсорные расстройства обычно являются проявлением:
- 1/ повышенного настроения (мании)
 - 2/ алкогольного галлюциноза
 - 3/ неврозов
 - 4/ органических поражений ЦНС
14. В каком случае иллюзии являются безусловным признаком психоза?
- 1/ если, они сопровождаются чувством тревоги
 - 2/ если, они сопровождаются помрачением сознания
 - 3/ если, они возникают в условиях недостатка информации
 - 4/ если, они преобретают фантастический (парейдолический) характер

Тема 2: Расстройства эмоций

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- A – верно 1, 2, 3
- B – верно 1 и 3
- C – верно 2 и 4
- D – верно только 4
- E – верно все

1. При маниакальном синдроме обычно наблюдается:
- 1/ повышенное настроение
 - 2/ переоценка собственных способностей
 - 3/ идеаторное и моторное возбуждение
 - 4/ нарушение сна
2. Расстройства эмоциональной сферы, характерные для шизофрении:
- 1/ эйфория
 - 2/ амбивалентность
 - 3/ слабодушие

- 4/ апатия
3. Расстройства эмоциональной сферы, характерные для эпилепсии:
1/ депрессивный синдром
2/ слабодушие
3/ апатия
4/ дисфория
4. Для депрессии характерны следующие сомато-вегетативные расстройства:
1/ гипотония, брадикардия
2/ падение массы тела
3/ потливость, приливы
4/ запоры
5. Патологический аффект проявляется:
1/ амбивалентностью
2/ помрачением сознания
3/ чувством витальности тоски
4/ полной амнезией
6. Расстройства влечений нередко возникают при:
1/ шизофрении
2/ эндокринных заболеваниях
3/ психопатии
4/ лакунарной деменции сосудистого генеза
7. Слабодушие обычно проявляется:
1/ сентиментальностью и впечатлительностью
2/ частой неумеренной алкоголизацией
3/ ранимостью, склонностью к слезам
4/ персеверациями и негативизмом
8. Типичные симптомы патологического аффекта:
1/ Бессмысленная агрессия
2/ Полная амнезия
3/ Неадекватная реакция на событие
4/ Помрачение или сужение сознания
- Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.*
9. Для речи больных с маниакальным синдромом характерна излишняя детализация и вязкость.
10. Для депрессивного синдрома характерна периферическая симпатикотония.
11. Больные с депрессивным синдромом нуждаются в постоянном общении и сочувствии окружающих.
12. Апатико-абулический синдром, как правило, характеризуется стойкостью и плохо поддается лечению.
- Выберите только один НАИБОЛЕЕ правильный ответ.*
13. Типичными проявлениями маниакального синдрома являются все перечисленные ниже расстройства, КРОМЕ:
А/ хаотичные бессмысленные движения
В/ повышенная отвлекаемость
С/ стремление к общению, альтруизм
D/ повышение аппетита, гиперсексуальность
Е/ переоценка своих возможностей, способностей
14. К типичным проявлениям депрессивного синдрома относятся все перечисленные ниже расстройства, КРОМЕ:
А/ моторная заторможенность
В/ замедленное течение представлений
С/ снижение уровня сознания, сомнолencia
D/ суицидальные мысли и тенденции

- Е/ идеи самообвинения и самоуничижения
15. Ажитированная депрессия — это:
- А/ депрессия с адинамией и ступором
 - В/ синоним маскированной депрессии
 - С/ депрессия с раздражительностью и злобой
 - Д/ тревожное возбуждение у депрессивных больных
 - Е/ сочетание признаков ярковыраженной мании и дисфории
16. ДРОМОМАНИЕЙ называется:
- А/ стремление к воровству и алкоголизации
 - В/ стремление к бродяжничеству
 - С/ навязчивый страх загрязнения или заражения
 - Д/ убежденность в наличии физического недостатка или уродства
 - Е/ убежденность в том, что посторонние люди являются переодетыми и загримированными родственниками больного
17. ДИСФОРИЕЙ называется:
- А/ слезливость, благодушие
 - В/ эмоциональная неустойчивость
 - С/ сочетание мании и депрессии
 - Д/ тоскливо-злобное настроение
 - Е/ Ничего из вышеуказанного.

Тема 3: Количественные расстройства памяти. Качественные расстройства памяти. Умственная отсталость. Деменция.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- А – верно 1, 2, 3
- В – верно 1 и 3
- С – верно 2 и 4
- Д – верно только 4
- Е – верно все

1. Симптомы синдрома Корсакова:
- 1/ антероретроградная амнезия
 - 2/ парамнезии
 - 3/ фиксационная амнезия
 - 4/ дезориентация в месте и времени
2. Признаки тотального слабоумия:
- 1/ грубое нарушение норм этики и морали
 - 2/ помрачение сознания
 - 3/ разрушение ядра личности
 - 4/ наличие критики к своему состоянию
3. Причиной формирования лакунарного слабоумия обычно является:
- 1/ прогрессивный паралич
 - 2/ опухоли лобных долей мозга
 - 3/ болезнь Пика
 - 4/ безинсультное течение атеросклероза головного мозга
4. Корсаковский синдром может быть следствием:
- 1/ отравления угарным газом
 - 2/ шизофренического процесса
 - 3/ хронической алкогольной интоксикации
 - 4/ истерического невроза

5. Типичными признаками эпилептического слабоумия являются:
1/ олигофазия
2/ патологическая обстоятельность
3/ эгоцентризм
4/ слащавость в сочетании со взрывчатостью
6. Для больных с идиотией характерно следующее:
1/ отсутствие членораздельной речи
2/ орфографические ошибки в письме
3/ отсутствие навыков опрятности
4/ способность к неквалифицированному труду
7. Для больных с имбецильностью характерно следующее:
1/ ограниченный словарный запас и косноязычная речь
2/ возможность выработать простейшие навыки опрятности
3/ неловкость, нарушение тонкой координации движений
4/ решают простые арифметические задачи (умножение и деление целых чисел)
8. Для больных с дебильностью характерно следующее:
1/ могут заниматься неквалифицированным трудом
2/ овладевают чтением и письмом
3/ могут самостоятельно обслуживать себя
4/ могут выполнять арифметические действия
9. Признаками тотального слабоумия являются:
1/ тоска, подавленность, чувство безнадежности
2/ грубые изменения личности, утрата стыдливости
3/ пассивность, отсутствие желания отвечать на вопросы
4/ непонимание ситуации и отсутствие чувства болезни
10. Типичные симптомы корсаковского синдрома:
1/ ментизм
2/ амнестическая дезориентировка
3/ пониженное настроение, идеи самообвинения
4/ фиксационная амнезия
11. Признаками лакунарного слабоумия являются:
1/ аморальное и асоциальное поведение
2/ гипомнезия и прогрессирующая амнезия
3/ разрушение ядра личности
4/ сознание своей болезни
12. Типичной причиной возникновения тотального слабоумия являются следующие заболевания:
1/ прогрессивный паралич
2/ опухоли лобных долей мозга
3/ болезнь Пика и болезнь Альцгеймера
4/ злокачественная шизофрения
- Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.*
13. Тяжёлая умственная отсталость обычно быстро прогрессирует и нередко переходит в глубокую умственную отсталость.
14. Умственная отсталость - это стабильное состояние, не подвергающееся обратному развитию.
15. Пациенты с умственной отсталостью не способны к какой-либо трудовой деятельности.
16. При настойчивом медикаментозном лечении у пациентов с умственной отсталостью, как правило, отмечается значительное улучшение интеллекта.

Тема 4: Расстройства мышления по темпу. Расстройства мышления по структуре. Навязчивые, сверхценные и бредовые идеи, бредаподобные фантазии.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

A – верно 1, 2, 3

B – верно 1 и 3

C – верно 2 и 4

D – верно только 4

E – верно все

1. Признаками синдрома психического автоматизма являются:
 - 1/ псевдогаллюцинации
 - 2/ бредовые идеи воздействия
 - 3/ отчуждение собственных психических актов
 - 4/ склонность к совершению общественно опасных поступков
2. Хронически существующий бред обычно характеризуется:
 - 1/ наличием стройной бредовой системы
 - 2/ высокой эмоциональной насыщенностью бреда
 - 3/ интерпретативным характером
 - 4/ наличием тревоги и растерянности
3. При синдроме Котара обычно наблюдается:
 - 1/ пониженный фон настроения
 - 2/ преобладание ипохондрических идей
 - 3/ мегаломанический характер бреда
 - 4/ психический автоматизм
4. При ипохондрическом бреде:
 - 1/ состояние обычно ухудшается к вечеру
 - 2/ возможно стремление к суициду
 - 3/ бред сочетается с психическим автоматизмом
 - 4/ больной убежден в наличии несуществующего соматического заболевания
5. Проявлениями обсессивно-фобического синдрома могут быть:
 - 1/ клаустрофобия
 - 2/ ритуалы
 - 3/ боязнь загрязнения
 - 4/ идеи воздействия
6. Признаком нарушения МЫШЛЕНИЯ являются:
 - 1/ персеверации
 - 2/ амбивалентность
 - 3/ резонерство
 - 4/ деперсонализация
7. Для синдрома Кандинского-Клерамбо характерен бред:
 - 1/ самообвинения, самоуничужения
 - 2/ материального ущерба
 - 3/ ревности
 - 4/ воздействия
8. Синдром дисморфомании включает:
 - 1/ идеи физического недостатка (уродства)
 - 2/ пониженный фон настроения
 - 3/ симптом "зеркала"
 - 4/ идеи отношения
9. Проявлениями идеаторного автоматизма являются:

- 1/ симптом открытости мыслей
 - 2/ ментизм
 - 3/ "сделанные" мысли у больного
 - 4/ симптом отключения, отнятия собственных мыслей
10. Типичные фабулы паранойяльного бреда:
- 1/ сутяжный бред
 - 2/ бред воздействия
 - 3/ бред ревности
 - 4/ бред величия
11. Типичными чертами навязчивых идей являются:
- 1/ чуждость для личности больного
 - 2/ критическое отношение к ним
 - 3/ попытки борьбы с ними
 - 4/ неспособность полностью избавиться от них усилием воли
12. При паранойяльном синдроме бред:
- 1/ является первичным
 - 2/ отличается высокой степенью систематизации
 - 3/ носит интерпретативный характер
 - 4/ часто имеет фабулу преследования, ревности или изобретательства
- Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.*
13. Всем формам острого бреда присуще отсутствие четкой системы.
14. Идеи самообвинения и самоуничужения характерны для больных с аффектом тоски.
15. Бред параноидного этапа, как правило, характеризуется синдромом Кандинского-Клерамбо, потому что при параноидном бреде часто выявляются псевдогаллюцинации и бред воздействия.
16. Паранойяльный бред часто отличается правдоподобием.
17. Больные с дисморфоманическим бредом часто представляют непосредственную опасность для жизни окружающих.

Тема 5: Оглушение, сопор, кома. Делирий, аменция, сумерки, онейроид. Нарушения внимания.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- А – верно 1, 2, 3
 - В – верно 1 и 3
 - С – верно 2 и 4
 - Д – верно только 4
 - Е – верно все
1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕ РЕДКО ВЫЗЫВАЮТ СОСТОЯНИЯ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ (оглушение, сопор, кому):
- 1/ шизофрения
 - 2/ истерия
 - 3/ маниакально-депрессивный психоз
 - 4/ экзогенные и соматогенные поражения мозга
2. СОПОР ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ОГЛУШЕНИЯ:
- 1/ полным отсутствием контакта с больным
 - 2/ отсутствием рефлексов
 - 3/ полной амнезией

- 4/ наличием бреда и галлюцинаций
3. ДЛЯ ДЕЛИРИЯ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ:
 - 1/ наплыв ярких истинных галлюцинаций
 - 2/ нарастание остроты состояния к вечеру
 - 3/ нарушение ориентировки в месте и времени
 - 4/ психомоторное возбуждение
4. Для состояния аменции характерны:
 - 1/ бессвязность мышления
 - 2/ активный и пассивный негативизм
 - 3/ полная амнезия
 - 4/ симптом "воздушной подушки"
5. В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ДЕЛИРИОЗНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ НЕРЕДКО НАБЛЮДАЮТСЯ:
 - 1/ парейдолические иллюзии
 - 2/ тревога, выраженная бессонница
 - 3/ гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации
 - 4/ конфабуляции
6. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕЛИРИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО:
 - 1/ злокачественным шизофреническим процессом
 - 2/ гипертермией и интоксикацией при острых инфекциях
 - 3/ приступом маниакально-депрессивного психоза
 - 4/ тяжелым алкогольным абстинентным синдромом
7. ОНЕЙРОИД ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
 - 1/ маниакально-депрессивного психоза
 - 2/ истерических реактивных психозов
 - 3/ алкогольных психозов
 - 4/ шизофрении
8. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
 - 1/ фобического невроза
 - 2/ генуинной эпилепсии
 - 3/ шизофренического процесса
 - 4/ посттравматической энцефалопатии
9. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ:
 - 1/ сопровождается амнезией всего периода расстроенного сознания
 - 2/ может быть причиной социально-опасных действий
 - 3/ характеризуется пароксизмальностью
 - 4/ может быть симптомом опухоли мозга
10. ПРИ ДЕЛИРИОЗНОМ ПОМРАЧЕНИИ СОЗНАНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАССТРОЙСТВА ОРИЕНТИРОВКИ:
 - 1/ во времени
 - 2/ в собственной личности
 - 3/ в месте и окружающей ситуации
 - 4/ двойная ложная ориентировка
11. ПРИЗНАКАМИ АМЕНТИВНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:
 - 1/ бессвязность мышления
 - 2/ последующая полная амнезия
 - 3/ возбуждение в пределах постели
 - 4/ отсутствие продуктивного контакта с больным
12. КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЙ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:
 - 1/ отрешенность от окружающего мира и дезориентировка
 - 2/ суицидальное или социально-опасное поведение
 - 3/ частичная или полная амнезия по выходе из психоза
 - 4/ наличие бреда или галлюцинаций

13. СОПОР МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
1/ злокачественного шизофренического процесса
2/ острого нарушения мозгового кровообращения
3/ эндогенной депрессии
4/ глубокой гипогликемии
14. ХАРАКТЕРНЫМИ ЧЕРТАМИ МУССИТИРУЮЩЕГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ:
1/ возбуждение в пределах постели
2/ полная амнезия периода психоза
3/ бессвязная, бормочущая речь
4/ тяжелое, опасное для жизни состояние
15. ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУМЕРЕЧНОГО ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ МОГУТ БЫТЬ:
1/ эпизоды ухода из дома с последующей амнезией
2/ бессмысленное автоматизированное поведение
3/ возбуждение и грубая агрессия
4/ снохождение
16. СУМЕРЕЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ МОГУТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ:
1/ обсессивно-фобического невроза
2/ истерии
3/ шизофрении
4/ эпилепсии

Тема 6: Позитивные и негативные синдромы

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- A – верно 1, 2, 3
B – верно 1 и 3
C – верно 2 и 4
D – верно только 4
E – верно все
1. Признаками синдрома психического автоматизма являются:
1/ псевдогаллюцинации
2/ бредовые идеи воздействия
3/ отчуждение собственных психических актов
4/ склонность к совершению общественно опасных поступков
2. При синдроме Котара обычно наблюдается:
1/ пониженный фон настроения
2/ преобладание ипохондрических идей
3/ мегаломанический характер бреда
4/ психический автоматизм
3. Проявлениями обсессивно-фобического синдрома могут быть:
1/ клаустрофобия
2/ ритуалы
3/ боязнь загрязнения
4/ идеи воздействия
4. Для синдрома Кандинского-Клерамбо характерен бред:
1/ самообвинения, самоуничижения
2/ материального ущерба
3/ ревности
4/ воздействия

5. Синдром дисморфомании включает:
1/ идеи физического недостатка (уродства)
2/ пониженный фон настроения
3/ симптом "зеркала"
4/ идеи отношения
6. При паранойальном синдроме бред:
1/ является первичным
2/ отличается высокой степенью систематизации
3/ носит интерпретативный характер
4/ часто имеет фабулу преследования, ревности или изобретательства
7. Симптомы синдрома Корсакова:
1/ антероретроградная амнезия
2/ парамнезии
3/ фиксационная амнезия
4/ дезориентация в месте и времени
Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.
8. При парафреническом синдроме часто отмечаются идеи самообвинения и самоуничижения.
9. Синдром острого чувственного бреда никогда не возникает при шизофрении.
Выберите только один НАИБОЛЕЕ правильный ответ.
10. Подросток 15 лет (рост 170 см, масса тела 68 кг) жалуется на избыточную худобу. Дома старается есть большое количество калорийной пищи и избегает физических упражнений, "чтобы не растратить калории". Просит врача о проведении кастрации, так как читал о том, что это помогает прибавить в весе.
А/ синдром навязчивостей
В/ дисморфоманический бред
С/ синдром Котара
D/ синдром Кандинского-Клерамбо
Е/ синдром Капгра
11. Типичными проявлениями маниакального синдрома являются все перечисленные ниже расстройства, КРОМЕ:
А/ хаотичные бессмысленные движения
В/ повышенная отвлекаемость
С/ стремление к общению, альтруизм
D/ повышение аппетита, гиперсексуальность
Е/ переоценка своих возможностей, способностей
12. К типичным проявлениям депрессивного синдрома относятся все перечисленные ниже расстройства, КРОМЕ:
А/ моторная заторможенность
В/ замедленное течение представлений
С/ снижение уровня сознания, сомноленция
D/ суицидальные мысли и тенденции
Е/ идеи самообвинения и самоуничижения
13. ПРОЯВЛЕНИЕМ АПАТИКО-АБУЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ: А/ Anaesthesia psychica dolorosa
В/ Эмоциональная тупость
С/ Вязкость (обстоятельность) мышления
D/ Все перечисленное выше
Е/ Ничего из указанного выше
14. Женщина 38 лет, выглядит усталой, подавленной. Жалуется на головные боли, неусидчивость, тревогу, поверхностный сон. До того как засыпает подолгу лежит и думает о том, что у нее опухоль мозга. Днем эти мысли мешают ей работать. Очень доверяет врачам, просит помочь.

ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ:

- A/ астенический
- B/ параноидный
- C/ депрессивный
- D/ паранойяльный
- E/ обсессивно-фобический

15. Что руководит поступками больных с кататоническим синдромом ?
- A/ обильные истинные галлюцинации
 - B/ аффект витальной тоски
 - C/ систематизированный бред
 - D/ вербальные императивные галлюцинации
 - E/ ничего из указанного выше

Раздел 2. «Частная психопатология»

Тема 1: Деменция в связи с болезнью Альцгеймера, Пика, Якоба-Крейтцфельда, Паркинсона, мультиинфарктная деменция, деменция, обусловленная ВИЧ, деменция в связи с ЧМТ, с воспалительными заболеваниями головного мозга, в связи с другими соматическими заболеваниями, инфекциями и интоксикациями. Галлюциноз, бредовое (шизофреноподобное) расстройство, кататоническое расстройство, аффективное расстройство. Лёгкое когнитивное расстройство. Органическое астеническое расстройство. Органическое тревожное расстройство. Органическое расстройство личности. Органическое диссоциативное расстройство.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- A – верно 1, 2, 3
- B – верно 1 и 3
- C – верно 2 и 4
- D – верно только 4
- E – верно все

1. Истерическому расстройству личности присущи:
 - 1/ демонстративность
 - 2/ высокая внушаемость
 - 3/ инфантилизм
 - 4/ склонность к фантазированию и лжи
2. Параноидному расстройству личности присущи:
 - 1/ склонность к формированию сверхценных идей
 - 2/ вспыльчивость, склонность к агрессии
 - 3/ высокая работоспособность, целеустремленность, настойчивость
 - 4/ мнительность, озабоченность состоянием своего здоровья
3. Шизоидному расстройству личности присущи:
 - 1/ стремление к лидерству, настойчивость
 - 2/ противоречивость и дискордантность эмоциональных реакций
 - 3/ склонность к формированию сверхценных и бредовых идей
 - 4/ замкнутость, отгороженность от окружающих
4. Какие личностные особенности присущи пациентам с диссоциальным расстройством личности?

- 1/ экстрапунитивные тенденции
2/ колебания настроения от субдепрессии до гипомании
3/ высокая криминогенность
4/ замкнутость, склонность к самоанализу
5. Какие личностные особенности присущи больным с эмоционально неустойчивым расстройством личности импульсивного типа?
1/ склонность к формированию сверхценных идей
2/ целеустремленность, стремление к лидерству
3/ замкнутость, затруднение контактов с окружающими
4/ склонность к приступам дисфории
6. Какие личностные особенности присущи пациентам с ананкастным расстройством личности?
1/ утомляемость, истощаемость, доверчивость
2/ мнительность, нерешительность, тревожность
3/ безволие, склонность к асоциальным поступкам
4/ затруднение контакта с посторонними лицами
- Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.*
7. Акцентуации характера рассматриваются как крайний вариант нормы.
8. Расстройство зрелой личности является неизлечимым прогрессивным заболеванием.
9. Важнейшим проявлением любого расстройства зрелой личности является асоциальное и антисоциальное поведение.
10. Пациенты с шизоидным расстройством личности нуждаются в постоянном медикаментозном лечении.
11. Пациенты с диссоциальным расстройством личности весьма склонны совершать криминальные поступки.
12. Пациенты с ананкастным расстройством личности весьма склонны совершать асоциальные и антисоциальные поступки.
13. Истерическому расстройству личности свойственен эгоцентризм, жажда признания у окружающих, стремление к оригинальности, инфантилизм.
14. Параноидному расстройству личности свойственны подозрительность, повышенное самомнение, упрямство, настойчивость, эмоциональная ригидность.
- Выберите только один НАИБОЛЕЕ правильный ответ.*
15. Работы кого из русских психиатров наиболее полно анализируют проблему расстройств зрелой личности?
А/ С.С.Корсаков
В/ П.Б.Ганнушкин
С/ В.Х.Кандинский
D/ В.М.Бехтерев
Е/ А.В.Снежневский
16. Международная классификация МКБ-10 включает все следующие варианты расстройств личности, КРОМЕ:
А/ ананкастное
В/ истерическое
С/ периодическое
D/ параноидное
Е/ диссоциальное
17. АКЦЕНТИУРОВАННАЯ ЛИЧНОСТЬ - это:
А/ личностные особенности, приобретенные в зрелом возрасте
В/ вариант нормальной личности с гипертрофией некоторых черт
С/ личность, преобразованная хроническим эндогенным заболеванием
D/ исход прогрессивно протекающих длительных невротических расстройств
Е/ ничего из перечисленного выше
18. Расстройство зрелой личности не является психической патологией ПОТОМУ ЧТО ОНО:

- A/ не приводит к дезадаптации
- B/ стабильна, не является текущим процессом
- C/ никогда не проявляется бредом или галлюцинациями
- D/ не сопровождается расстройством памяти или снижением интеллекта
- E/ исходная посылка неверна, в действительности психопатия является психическим заболеванием.

19. Наиболее вероятный прогноз при диагнозе "расстройство зрелой личности":

- A/ полное выздоровление
- B/ медленное улучшение состояния
- C/ стабильное, малообратимое состояние
- D/ волнообразное течение с частыми сезонными обострениями
- E/ прогрессивное (нарастающее) течение

Тема 2: Этиопатогенез, клиника и диф.диагностика умственной отсталости. Патопсихологические методы определения интеллектуального коэффициента (IQ).

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- A – верно 1, 2, 3
- B – верно 1 и 3
- C – верно 2 и 4
- D – верно только 4
- E – верно все

1. Согласно современным представлениям, следующие факторы играют важную роль в этиологии и патогенезе шизофрении:
 - 1/ конституция и наследственность
 - 2/ социальная изоляция в детском возрасте
 - 3/ нарушения медиаторного обмена в мозге
 - 4/ "медленная" вирусная инфекция
2. Работы кого из известных психиатров явились основой современного представления о шизофрении как отдельной нозологической единице?
 - 1/ С.С.Корсаков
 - 2/ Е.Блейлер (E.Bleuler)
 - 3/ Дж. Джексон (J.H.Jackson)
 - 4/ Э.Крепелин (E.Kraepelin)
3. Эмоциональные расстройства, характерные для больных шизофренией:
 - 1/ слабодушие
 - 2/ амбивалентность
 - 3/ дисфория
 - 4/ апатия
4. Нарушения мышления, характерные для больных шизофренией:
 - 1/ аутистическое мышление
 - 2/ резонерство
 - 3/ символическое мышление
 - 4/ патологическая обстоятельность
5. У больных шизофренией могут возникать следующие расстройства мышления:
 - 1/ синдром Кандинского-Клерамбо
 - 2/ парафренный синдром
 - 3/ сверхценные идеи
 - 4/ навязчивости
6. Типичные проявления кататонической формы шизофрении:

- 1/ негативизм
 - 2/ ступор
 - 3/ возбуждение со стереотипиями
 - 4/ каталепсия
7. Следующие симптомы являются типичными проявлениями шизофрении:
- 1/ нарастающая эмоциональная холодность
 - 2/ снижение волевой активности
 - 3/ нарастающая аутизация, сужение круга интересов
 - 4/ частые эпизоды непроизвольного "наплыва мыслей"
8. Проявлением шизофрении могут быть следующие синдромы:
- 1/ синдром психического автоматизма
 - 2/ апатико-абулический
 - 3/ кататонический
 - 4/ амнестический
9. Типичные проявления гебефренической формы шизофрении:
- 1/ расторможенность влечений
 - 2/ веселость и дурашливость
 - 3/ сквернословие
 - 4/ слабодушие
- Выберите ответ А, если вы считаете, что приведенная ниже фраза верна, или ответ В, если она неверна.*
10. В России распространенность шизофрении в населении составляет около 1%.
11. Мужчины заболевают шизофренией в 2-3 раза чаще, чем женщины.
12. Гебефреническая форма является одним из наиболее злокачественных вариантов шизофрении.
13. Ведущим в клинической картине простой шизофрении является апатико-абулический синдром.
14. Отсутствие синдрома психического автоматизма исключает возможность диагноза "шизофрения".
15. Лечение больных шизофренией можно проводить только в условиях стационара.
16. В большинстве случаев приступы шизофрении возникают спонтанно (без какой-либо внешней причины).
17. Почти все больные шизофренией представляют значительную опасность либо себя, либо для окружающих.
18. Шизофрения преимущественно проявляется синдромами помрачения сознания или расстройствами памяти и интеллекта.
19. Шизофрения обычно проявляется симптомами расщепления, эмоционально-волевым оскудением и нарушениями мышления.
- Выберите только один НАИБОЛЕЕ правильный ответ.*
20. Все следующее верно характеризует шизофрению как нозологическую единицу, КРОМЕ:
- А/ возникает вследствие наследственной предрасположенности
 - В/ течение хроническое безремиссионное
 - С/ проявления характеризуются полиморфизмом
 - Д/ нарушается единство психических процессов
 - Е/ исход - апатико-абулический синдром
21. Для шизофрении характерно следующее расстройство:
- А/ апатия
 - В/ аутизм
 - С/ амбивалентность
 - Д/ различные расстройства ассоциативного процесса
 - Е/ все перечисленные выше расстройства
22. Наиболее точное определение понятия "схизис":
- А/ раздвоение личности

- В/ многообразие черт характера больного
С/ несоответствие поступков больного его мыслям
D/ нарушение единства психических процессов больного
Е/ отсутствие критики к болезненным переживаниям
23. Простая форма шизофрении характеризуется всеми перечисленными ниже свойствами, КРОМЕ:
А/ раннее начало заболевания (15-18 лет)
В/ злокачественное безремиссионное течение
С/ наличие яркой аффективно-бредовой симптоматики
D/ нарастающая аутизация
Е/ быстрое формирование апатико-абулического синдрома
24. Шизоаффективное расстройство характеризуется всеми следующими свойствами, КРОМЕ:
А/ начало в зрелом возрасте (50-65 лет)
В/ высокое качество ремиссий
С/ аффективные приступы (депрессия или мания)
D/ онейроидно-кататонические приступы
Е/ мягкий медленно нарастающий эмоционально-волевой дефект

Раздел 4. «Клиника алкогольной зависимости»

Тема 1: Учащение алкоголизаций. Обсессивное влечение к алкоголю. Утрата количественного контроля. Рост толерантности к алкоголю. Утрата ситуационного контроля.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите правильный ответ, пользуясь следующим кодом:

А – верно 1,2,3;

Б – верно 1,3;

В – верно 2,4;

Г – верно только 4;

Д – верно всё

1) Наиболее частым неврологическим осложнением алкоголизма является:

1. Сирингомиелия
2. Рассеянный склероз
3. Болезнь Паркинсона
4. Полинейропатия

2) Тяжелые энцефалопатии наиболее часто развиваются при употреблении:

1. Табака
2. Тёмного пива
3. Ингальянтов
4. Суррогатов алкоголя

3) Алкогольная деградация личности проявляется:

1. Ослаблением памяти и утратой критики
2. Разноплановостью мышления
3. Морально-этическим снижением
4. Эмоциональной амбивалентностью

- 4) Какие из перечисленных форм злоупотребления алкоголем наиболее часто встречаются в III стадии алкоголизма?
1. Постоянное пьянство с высокой толерантностью
 2. Истинные запои
 3. Псевдозапои
 4. Постоянное пьянство с низкой толерантностью
- 5) Клиническая картина корсаковского психоза включает в себя:
1. Фиксационную амнезию
 2. Парамнезии
 3. Полинейропатию
 4. Истинные галлюцинации
- 6) Что является общим патогенетическим звеном в формировании энцефалопатий Корсакова, Гайе-Вернике и Маркиафава-Биньями?
1. Гиперактивность алкогольдегидрогеназы
 2. Накопление висцерального жира
 3. Стойкая артериальная гипертензия
 4. Дефицит тиамина
- 7) Энцефалопатия Гайе-Вернике характеризуется:
1. Грубопрогредиентным течением
 2. Малопргредиентным течением
 3. Высоким риском летального исхода
 4. Хорошей курабельностью
- 8) Первые случаи энцефалопатии Маркиафава-Биньями были описаны в:
1. Франции
 2. Испании
 3. Португалии
 4. Италии
- 9) Для заключительной стадии алкогольной зависимости типично:
1. Бытовое пьянство
 2. Псевдозапойное пьянство
 3. Психогенное пьянство
 4. Систематическое пьянство
- 10) Энцефалопатия Маркиафава-Биньями встречается преимущественно:
1. У женщин
 2. У детей
 3. У стариков
 4. У мужчин
- 11) У трети пациентов с энцефалопатией Гайе-Вернике наблюдаются следующие симптомы:
1. Офтальмоплегия
 2. Атаксия

3. Спутанность сознания
4. Недержание кала

12) При корсаковском психозе наблюдаются следующие симптомы:

1. Моторные нарушения
2. Расстройства восприятия
3. Нарушения чувствительности
4. Расстройство сознания

13) К редким формам тяжёлых алкогольных энцефалопатий относятся:

1. Алкогольный псевдопаралич
2. Алкогольная мозжечковая атрофия
3. Центральный некроз моста
4. Ламинарный корковый склероз Мореля

Раздел 6. «Клиника токсической зависимости»

Тема 1: Клиника интоксикации бензодиазепинами. Синдром отмены транквилизаторов: соматика, неврология, психопатология. Клиника интоксикации седативными средствами. Синдром отмены седативных препаратов: соматика, неврология, психопатология.

Вопросы для тестового контроля:

Выберите один или несколько ответов из списка, пользуясь следующим кодом:

- A – верно 1, 2, 3
- B – верно 1 и 3
- C – верно 2 и 4
- D – верно только 4
- E – верно все

1. ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА оказывают:
 - 1/ снотворное действие
 - 2/ противосудорожное действие
 - 3/ анксиолитическое (противотревожное) действие
 - 4/ миорелаксирующее действие
2. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ, ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗОДИАЗЕПИНА:
 - 1/ миастения
 - 2/ беременность и лактация
 - 3/ работа, связанная с вождением автотранспорта
 - 4/ алкогольные психозы и алкогольный абстинентный синдром
3. Типичная симптоматика острой интоксикации транквилизаторами:
 - 1/ сухость во рту
 - 2/ дизартрия
 - 3/ резкое сужение зрачка
 - 4/ нарушение координации движений
4. Для клиники ТОКСИКОМАНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ бензодиазепинового ряда характерно:

- 1/ сходство с клиникой барбитуровой наркомании
- 2/ более медленное формирование основных симптомокомплексов
- 3/ менее brutальное интеллектуально-мнестическое снижение
- 4/ значительная выраженность аффективных нарушений

5. Состояние отмены при БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОЙ ТОКСИКОМАНИИ проявляется:
- 1/ тревогой, неусидчивостью, подавленностью и злобой
 - 2/ фибриллярными подергиваниями лицевой мускулатуры и мышц конечностей
 - 3/ тахикардией и ортостатической гипотензией
 - 4/ горизонтальным нистагмом и мелкоразмашистым тремором

Выберите только один НАИБОЛЕЕ правильный ответ.

6. Психотропное действие БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫХ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ связывают с:
- A/ потенцированием ГАМК-рецепторов
 - B/ потенцированием дофаминовых рецепторов
 - C/ потенцированием ацетилхолиновых рецепторов
 - D/ потенцированием обратного захвата моноаминов
 - E/ потенцированием ферментных систем инактивирующих моноамины
7. БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ:
- A/ в связи с кардиотоксичностью не применяются при ИБС
 - B/ используются при купировании алкогольного абстинентного синдрома
 - C/ несовместимы с приемом в пищу сыра, бобовых и копченостей
 - D/ обладают выраженным М-холинолитическим действием
 - E/ Ничего из указанного выше.
8. К соматическим признакам АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ТОКСИКОМАНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ относят все перечисленные, кроме:
- A) ортостатической гипотензии
 - B) тахикардии
 - C) анорексии, тошноты
 - D) бледности
 - E) болей в крупных суставах
9. Неврологическими признаками АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ТОКСИКОМАНИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ являются все перечисленные, кроме:
- A) горизонтального нистагма
 - B) миоза
 - C) отсутствие брюшных рефлексов
 - D) мелко размашистого нистагма
 - E) судорожных припадков, делирия
10. Для неврологического симптомокомплекса при ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ТРАНКВИЛИЗАТОРАМИ характерно все перечисленное, кроме:
- A) мелко размашистого тремора пальцев вытянутых рук
 - B) пошатывание в позе Ромберга
 - C) горизонтального нистагма, практически полного отсутствия конвергенции
 - D) снижение или отсутствие брюшных рефлексов
 - E) узких зрачков

Раздел 7. «Лечение и реабилитация наркологических больных»

Тема 1: История психотерапии зависимостей. Общие личностные характеристики наркологических больных. Индивидуальная и групповая гипносуггестивная терапия. Эмоционально-стрессовая терапия. Когнитивно-бихевиоральная терапия. Семейная терапия и коррекция созависимости. Психодинамическая теория возникновения зависимости от ПАВ. Концепция К. Менингера. Методы классического психоанализа, юнг-анализ, подходы Адлера, Хорни, Кохута.

Вопросы для тестового контроля:

Укажите один правильный ответ, используя следующий код:

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 2,4
- г) верно 4
- д) верно все перечисленное

1. Психотерапевтическую помощь оказывают следующие учреждения здравоохранения:
 1. фельдшерско-акушерский пункт;
 2. психотерапевтический кабинет территориальной поликлиники;
 3. врачебно-физкультурный диспансер;
 4. наркологический диспансер; 5. бюро медико-социальной экспертизы.
2. В психотерапевтическом кабинете наркологического диспансера проводится:
 1. групповая психотерапия;
 2. семейная психотерапия;
 3. суггестивная психотерапия;
 4. психоделическая психотерапия;
 5. медико-социальная экспертиза.
3. История психотерапии за рубежом не связана с именами:
 1. А. Месмера;
 2. И. Шульца;
 3. А. Адлера;
 4. В. Консторума; 5. А. Маслоу.
4. К основным этапам психотерапевтического процесса в наркологии относятся:
 1. этап поиска;
 2. этап установления контакта;
 3. предварительный этап;
 4. этап работы с нормативными структурами личности; 5. этап заместительной терапии.
5. К этапным терапевтическим установкам, формируемым при лечении больных с зависимостью от ПАВ относятся:
 1. установка на получение помощи и лечение;
 2. установка на конфронтацию с потребителями ПАВ;
 3. установка на трезвость;
 4. установка на достижение нейтральных социальных целей; 5. установка на самоограничение.
6. Этапные терапевтические установки, формируемые у больных с зависимостью от ПАВ в процессе психотерапии:
 1. автономны;

2. взаимосвязаны и взаимообусловлены;
 3. невербализуемы;
 4. обсуждаются в ходе лечения;
 5. амбивалентны.
7. Лица с зависимостью от алкоголя (алкоголизмом) рассматривались в психоанализе:
1. как обладатели орального характера;
 2. как обладатели комплекса Электры;
 3. как носители гомосексуальных тенденций;
 4. как гетеродеструктивные личности;
 5. как псевдоальтруисты.
8. Поведенческая психотерапия базируется на трудах:
1. Дж. Вольпе;
 2. И.П. Павлова;
 3. Б. Скиннера;
 4. Я. Морено;
 5. З.Фрейда.
9. Коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия больных алкоголизмом (по В.Е. Рожнову) показана следующим больным:
1. с отсутствием установок на лечение;
 2. всем больным, независимо от степени гипнабельности;
 3. только больным с исходной стадией алкоголизма;
 4. больным с высокой степенью гипнабельности;
 5. только больным с начальными проявлениями алкоголизма.
10. Эффективность использования психотерапии для лечения больных алкоголизмом женщин оценивается с помощью следующих критериев:
1. муж и члены семьи принимают и отстаивают идеи трезвости;
 2. способность семьи отрешиться, отойти от всех употребляющих алкоголь семей;
 3. больная алкоголизмом женщина способна во время праздников спокойно пить сок или воду среди бутылок с вином и тостов;
 4. успешное решение жизненных проблем на основе соблюдения трезвости;
 5. способность больной неустанно искренне советовать своим детям жить совершенно трезво.
11. Авторами современных методов суггестивной психотерапии являются:
1. М. Эриксон;
 2. Э. Эриксон;
 3. Р. Бэндлер;
 4. Д. Росс; 5. М. Джексон.
12. Созависимость в семьях больных алкоголизмом проявляется в:
1. совместном распитии спиртного;
 2. характерных личностных изменениях;
 3. патологических двигательных стереотипах;
 4. извлечении вторичных выгод из болезни;
 5. уклонении от конфликтов.
13. К основным мишеням психотерапии в наркологии относятся:
1. синдром патологического влечения к ПАВ;
 2. патологические изменения личности (алкогольное "Я");
 3. созависимость;

4. интеллектуальное снижение;
5. аперцепция.

14. К индивидуальным методам психотерапии зависимости от алкоголя (алкоголизма) относятся:

1. рациональная психотерапия;
2. ситуационно - психологический тренинг;
3. внушения наяву;
4. семейная терапия;
5. психодрама.

15. Анонимные Алкоголики в своей практике используют:

1. двенадцатишаговую программу;
2. шестишаговый рефрейминг;
3. двенадцать традиций;
4. тройной зажим;
5. девятимесячный подход.

16. С помощью внушения в гипнозе нельзя вызвать у больного алкоголизмом:

1. реакции отвращения к органолептическим свойствам спиртных напитков;
2. утраты вторичного патологического влечения к алкоголю;
3. подавления первичного патологического влечения к алкоголю;
4. устранения симптома утраты количественного контроля;
5. трансформацию установок.

17. Разновидностями психотерапевтических групп в наркологии являются:

1. «групп встреч»;
2. марафонских групп;
3. групп, ориентированных на решение проблем;
4. групп самозащиты;
5. групп потребителей.

18. К особенностям методики коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма относятся:

1. возможность применения у всех больных вне зависимости от степени гипнабельности;
2. чрезвычайно ограниченный круг соматических противопоказаний;
3. выработка стойкой аверсивной реакции на спиртные напитки;
4. технологичность;
5. экономичность.

19. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет:

1. притупить интенсивность первичного патологического влечения к алкоголю;
2. устранить вторичное патологическое влечение к алкоголю;
3. уменьшить эмоциональное напряжение;
4. мобилизовать ресурсы значимых других лиц;
5. развивать антиципацию.

20. С помощью рациональной психотерапии у больных с зависимостью от ПАВ можно:

1. сформировать критическое отношение к заболеванию;
2. сформировать способность распознавать первичное патологическое влечение к ПАВ;
3. выработать навыки, препятствующие срыву ремиссии;
4. провести ценностную переориентировку;
5. осуществить адекватную личностную идентификацию.

21. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом включает в себя:
1. разыгрывание ролевых ситуаций;
 2. групповую дискуссию;
 3. обучение саморегуляции;
 4. анализ ранних детских переживаний;
 5. элементы арттерапии.
22. Долгим ремиссиям у эпилептоидного психопата с зависимостью от алкоголя способствуют:
1. психотерапевтические попытки квалифицировать его как алкоголика, пьяницу;
 2. лечение барбитуратами;
 3. лечение малыми дозами мелипрамина;
 4. возможность реализовать свою авторитарность, властность с опасностью потерять свою должность, власть в случае срыва;
 5. лечение транквилизаторами.
23. В отличие от групп пациентов с пограничными психическими расстройствами, стиль работы психотерапевта с группами пациентов, зависимых от ПАВ является:
1. менее авторитарным;
 2. более авторитарным на завершающих этапах;
 3. дружеским;
 4. более авторитарным на начальных этапах;
 5. нейтральным.
24. К числу основных техник НЛП, применяемых в наркологии, принадлежат:
1. рефрейминг;
 2. техника «взмаха»;
 3. использование систем репрезентации;
 4. обмен ролями;
 5. техника «заполнения лакун».
25. В групповую супружескую психотерапию больных алкоголизмом входят следующие компоненты:
1. работа с мышечным каркасом;
 2. работа с чувствами;
 3. обучение сократическому диалогу;
 4. работа с семейными ролями;
 5. аутрич-работа.