

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»
(ГБОУ ДПО ИГМАПО Минздравсоцразвития России)

Кафедра психиатрии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор
профессор

по научной работе

Е.Д. Савилов

« 28 » февраля 2012 г.

СОГЛАСОВАНО

Председатель методического совета

д.м.н.,

доцент  В.А.Крамарский

№ протокола _____

« 02 » февраля 2012 г.

**Образовательная программа
послевузовского профессионального образования - заочная
аспирантура**

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06 – ПСИХИАТРИЯ

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
(заочное обучение)**

Рабочая программа составлена в соответствии со следующими нормативными документами:

1. Приказ министерства образования и науки РФ от 16 марта 2011 г. N 1365 "Об утверждении Федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (аспирантура)"

2. Паспорта научных специальностей, разработанные экспертными советами Высшей аттестационной комиссии Министерства в связи с утверждением приказом Минобрнауки России от 25 февраля 2009 г. N 59 Номенклатуры специальностей научных работников.

3. Программа кандидатского минимума по специальности «Психиатрия», утвержденная Методическим советом ИГМАПО 02 февраля 2012 г.

Рецензент:

Ворсина Ольга Петровна – главный психиатр Министерства здравоохранения Иркутской области, зам.главного врача по мед.части ОГКУЗ ИОКПБ №1, кандидат медицинских наук.

Психиатрия – область медицинской науки, изучающая этиологию, патогенез, семиотику, диагностику, прогноз и профилактику заболеваний психических и поведенческих расстройств и их терапию и реабилитацию.

Области исследований:

1. Изучение этиологии и патогенеза психических заболеваний.

- Органические, включая соматические психические расстройства, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.
- Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.
- Аффективные расстройства настроения.
- Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.
- Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.
- Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.
- Умственная отсталость.

2. Изучение клинических и лабораторных проявлений психических и поведенческих расстройств с использованием следующих методов исследований:

- Исследование биологических жидкостей
- Морфологическое и биохимическое исследование крови и мочи
- Серологическое исследование крови
- Определение содержания психотропных препаратов в крови
- Исследование спинномозговой жидкости
- Рентгенологические методы исследования
- Краниография; рентгенологические признаки, выявляемые посредством краниографии
- Церебральная ангиография; рентгенологические признаки, выявляемые посредством церебральной ангиографии
- Другие контрольные методы
- Электроэнцефалографическое исследование
- М-эхография (М-эхо)
- Компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс
- Генетические методы исследования психически больных
- Генеалогический метод
- Близнецовый метод
- Биохимический метод
- Цитогенетический метод
- Патологоанатомическое исследование в психиатрии
- Микроскопическое исследование
- Гистологическое исследование
- Оформление истории болезни
- Субъективный и объективный анамнез, катамнез

- Первичный психический статус
- Соматический и неврологический статус
- Дневник врачебного наблюдения
- Динамический статус
- Этапный эпикриз, выписной эпикриз

3. Изучение механизмов действия, эффективности и безопасности психотропных средств и немедикаментозных способов лечения.

4. Совершенствование и оптимизация лечебных мероприятий и профилактики возникновения или обострения психических и поведенческих расстройств.

Цель изучения дисциплины:

углубленное изучение теоретических и методологических основ отрасли наук «медицинские науки» по специальности «психиатрия»

Задачи дисциплины:

- углубленное изучение методологических, клинических и медико-социальных разделов специальности;
- совершенствование умений и навыков по всем разделам и направлениям специальности;
- формирование умений и навыков самостоятельной научно-исследовательской и научно-педагогической деятельности.

Требования к уровню освоения содержания дисциплины

Выпускник аспирантуры по отрасли «медицинские науки» по специальности «психиатрия» является специалистом высшей квалификации и подготовлен к самостоятельной (в том числе руководящей) научно-исследовательской деятельности, требующей широкой фундаментальной подготовки в области медицинских наук, глубокой специализированной подготовки по психическим болезням, владения навыками современных методов исследования, диагностики и терапии в данной области.

Аспирант должен знать:

- Клинические проявления психических и поведенческих расстройств по данным клинико-психопатологического, анамнестического, клинико-психологического, лабораторного и других методов исследования.
- Механизмы действия, эффективность и безопасность психотропных препаратов и немедикаментозных способов лечения.

- Лечебно-реабилитационные мероприятия по вторичной профилактике психических заболеваний.
- Принципы доказательной медицины.
- Методы статистической обработки научного материала.

Аспирант должен уметь:

- Осуществлять диагностику и оценку тяжести психических заболеваний с использованием клинических, лабораторных, биохимических и других методов исследования.
- Осуществлять лечение и вторичную профилактику обострений (рецидивов) психических и поведенческих расстройств с использованием современных методов психофармакотерапии, психотерапии и других немедикаментозных способов воздействия на основе принципов доказательной медицины.
- Составить план научного исследования с учетом принципов доказательности результатов, осуществлять статистическую обработку материала, подводить итоги исследования.
- Провести учебное занятие по специальности «психиатрия» с интернами, клиническими ординаторами кафедры и врачами-слушателями.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ

Психиатрия

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа	
1.	Вводное занятие. Основы социальной гигиены и организация психиатрической помощи	3	1		2	Тест
2.	Методы исследования	3	1		2	
3.	Общая психопатология	8	2		6	Тест
4.	Аффективные расстройства настроения	8	2		6	Тест
5.	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра	16	4		12	Тест
6.	Эпилепсия	8	2		6	Тест
7.	Органические, в том числе дегенеративно-церебральные, сосудистые, посттравматические и инфекционные, психические расстройства	30	8		22	Тест

8.	Невротические (пограничные) психические нарушения	8	2		6	Тест
9.	Расстройства личности	8	2		6	Тест
10.	Умственная отсталость	8	2		6	Тест
11.	Алкоголизм	8	2		6	Тест
12.	Наркомании и токсикомании	8	2		6	Тест
13.	Лечение психических и поведенческих расстройств	22	6		16	Тест
14.	Зачетное занятие	6		6		Зачет
	Итого	144	36	6	102	

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	в том числе			Форма контроля
			Лекции	Практические занятия	Самостоятельная работа	
1.	Вводное занятие. Основы социальной гигиены и организация психиатрической помощи					Тест
1.1.	Теоретические основы социальной гигиены и организации здравоохранения. Организация психиатрической помощи в РФ. Санитарная статистика, планирование, экономика, финансирование и управление учреждениями психиатрической помощи	0,3	0,3			
1.2.	Санитарное просвещение и вопросы профилактики психических заболеваний. Медико-социальная, военная и судебная экспертиза психически больных. Вопросы реабилитации психически больных	0,3	0,3			

1.3.	Основы трудового права и вопросы законодательства в психиатрии. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-психиатра. Основы медицинского страхования	0,4	0,4			
1.4.	Планирование и организация последипломного обучения врачей в РФ	2			2	
2.	Методы исследования психически больных					Тест
2.1	Клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое исследование	1	1			
2.2.	Лабораторные, генетические методы исследования	2			2	
3.	Общая психопатология					Тест
3.1.	Астенический синдром. Аффективные синдромы	1	1			
3.2.	Неврозоподобные синдромы. Бредовые синдромы	1			1	
3.3.	Галлюцинаторные синдромы. Психические автоматизмы	1			1	
3.4.	Галлюцинаторно-параноидный синдром (синдром Кандинского - Клерамбо). Парафренный синдром	1	1			
3.5.	Кататонические синдромы. Синдромы нарушения сознания (помраченного и угнетенного)	2			2	
3.6.	Судорожный синдром. Амнестические синдромы	1			1	
3.7.	Синдромы слабоумия	1			1	
4.	Аффективные расстройства настроения					Тест
4.1.	Маниакальный эпизод	1	1			
4.2.	Биполярное аффективное расстройство	2			2	
4.3.	Депрессивный эпизод	2			2	
4.4.	Рекуррентное депрессивное расстройство	1	1			
4.5.	Хронифицированные (аффективные) расстройства настроения	2			2	

5	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра					Тест
5.1.	Шизофрения					
5.1.1.	Параноидная шизофрения. Гебефреническая шизофрения. Кататоническая шизофрения	2	1		1	
5.1.2.	Недифференцированная шизофрения. Постшизофреническая депрессия. Резидуальная шизофрения. Простая шизофрения	2	1		1	
5.2.	Шизотипическое расстройство	3	1		2	
5.3.	Хронические бредовые расстройства	2			2	
5.4.	Острые и транзиторные психотические расстройства	2			2	
5.5.	Шизоаффективное расстройство	3	1		2	
5.6.	Психофармакотерапия шизофрении и расстройств шизофренического спектра	2			2	
6.	Эпилепсия					Тест
6.1.	Классификация пароксизмальных состояний	1,5	0,5		1	
6.2.	Психозы при эпилепсии.	1,5	0,5		1	
6.3.	Особые формы эпилепсии	2,5	0,5		2	
6.4.	Лечение эпилепсии.	2,5	0,5		2	
7.	Органические, в том числе дегенеративно-церебральные, сосудистые, посттравматические и инфекционные, психические расстройства					Тест
7.1.	Деменция при болезни Альцгеймера, Пика, Гентингтона, Паркинсона	8	3		5	
7.2.	Сосудистая деменция	7	2		5	
7.3.	Органический амнестический синдром	5	1		4	
7.4.	Органический галлюциноз, кататоническое расстройство, шизофреноподобное расстройство, тревожное расстройство, астеническое, легкое когнитивное расстройство	5	1		4	
7.5.	Органическое расстройство личности	5	1		4	
8.	Невротические (пограничные) психические нарушения					Тест

8.1.	Тревожно-фобические расстройства	1,5	0,5		1	
8.2.	Обсессивно- компульсивные расстройства	1			1	
8.3.	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	1,5	0,5		1	
8.4.	Диссоциативные (конверсионные) расстройства	1			1	
8.5.	Соматоформные расстройства	3	1		2	
9.	Расстройства личности					Тест
9.1.	Специфические расстройства личности	1	1			
9.2.	Хронические изменения личности, не связанные с повреждениями или заболеваниями мозга	1	1			
9.3.	Расстройства привычек и влечений	2			2	
9.4.	Расстройства половой идентификации	2			2	
9.5.	Расстройства сексуального предпочтения	2			2	
10.	Умственная отсталость					Тест
10.1.	Легкая	2,5	0,5		2	
10.2.	Умеренная	2,5	0,5		2	
10.3.	Тяжелая	1,5	0,5		1	
10.4.	Глубокая	1,5	0,5		1	
11.	Алкоголизм					Тест
11.1.	Субпопуляция больных алкоголизмом.	1			1	
11.2.	Патологическое влечение к алкоголю.	0,5	0,5			
11.3.	Алкогольные абстинентный и постабстинентный синдромы	0,5	0,5			
11.4.	Основные факторы рецидива алкогольной зависимости в стадии ремиссии	1			1	
11.5.	Стадии течения алкоголизма, тип злоупотребления алкоголя.	2			2	
11.6	Острые психозы в клинике алкоголизма (делирий, галлюциноз, параноид). Алкогольный бред ревности. Алкогольные энцефалопатии.	2			2	

11.7.	Лечение алкоголизма и алкогольных психозов	1	1			
12.	Наркомании и токсикомании					Тест
12.1.	Наркомании. Токсикомании. Никотинизм. Политоксикомании и токсикомания, осложненная алкоголизмом	1	1			
12.2.	Лечение наркомании и токсикомании	3	1		2	
12.3.	Профилактика алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. Санитарно-просветительная работа и оздоровление микросоциальной среды	2			2	
12.4.	Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения	2			2	
13.	Лечение психических и поведенческих расстройств					Тест
13.1.	Психофармакотерапия	8	2		6	
13.2.	Инсулинотерапия.	4	1		3	
13.3.	Электросудорожная терапия (ЭСТ)	4	1		3	
13.4.	Психотерапия	6	2		4	
14.	Зачетное занятие	6		6		Зачет

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ РАЗДЕЛЫ КУРСА

(лекции)

№ п/п	Содержание раздела	Часы
1.	Основы социальной гигиены и организация психиатрической помощи	1

2.	Методы исследования в психиатрии	1
3.	Общая психопатология	2
4.	Аффективные расстройства настроения	2
5.	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра	4
6.	Эпилепсия	2
7.	Органические, в том числе дегенеративно-церебральные, сосудистые, посттравматические и инфекционные, психические расстройства	8
8.	Невротические (пограничные) психические нарушения	2
9.	Расстройства личности	2
10.	Умственная отсталость	2
11.	Алкоголизм	2
12.	Наркомании и токсикомании	2
13.	Лечение психических и поведенческих расстройств	6

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

№ п/п	Содержание раздела	Часы
	Методы научного исследования	
1	Оценка психического статуса	2
2	Общая психопатология	6
3	Методы исследования в психиатрии	2
4	Аффективные расстройства настроения	6
4.1.	Маниакальный эпизод. Легкая степень мании – гипомания (не приводит к серьезным нарушениям в работе и социальной адаптации). Мания без психотических симптомов (приподнятое настроение, неадекватное обстоятельствам) в пределах от беспечной веселости до почти неконтролируемого поведения. Мания с психотическими симптомами (бред и галлюцинации могут быть классифицированы как конгруэнтные и не конгруэнтные настроению).	0,5
4.2.	Биполярные аффективные расстройства – повторные, по крайней мере, 2 эпизода, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены в виде мании или гипермании и депрессии. Биполярные аффективные расстройства: текущий гипоманиакальный эпизод, текущий эпизод мании без психотических	2

	симптомов, маниакальный эпизод с психотическими симптомами	
4.3.	Депрессивный эпизод. Типичные депрессивные симптомы в виде сниженного настроения, утрата интересов и удовольствия, повышенной утомляемости. Дополнительные (другие) депрессивные симптомы: снижение способности к сосредоточению внимания, сниженная самооценка, идеи виновности и унижения, мрачное видение будущего, суицидальные мысли, нарушенный сон, сниженный аппетит. Легкий, умеренный депрессивный эпизод; тяжелый депрессивный эпизод без психотических и психотическими симптомами.	0,5
4.4.	Рекуррентное депрессивное расстройство – повторные эпизоды депрессии легкой, умеренной и тяжелой степени без указания в анамнезе на наличие приподнятого настроения.	2
4.5.	Хронифицированные (аффективные) расстройства настроения. Циклотимия в виде хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии или легкой приподнятости и редким обращением за психиатрической помощью. Дистимия - усталость, сниженное настроение, нарушение сна, чувство дискомфорта без нарушений социальной адаптации.	1
5.	Шизофрения и расстройства шизофренического спектра.	12
5.1.	Шизофрения.	2
5.1.1.	<p>Параноидная. Относительно стабильный бред (отношения, значения, высокого происхождения, ревности, ипохондрический). Галлюцинации (слуховые обманы восприятия угрожающего или императивного характера, либо без вербального оформления), возможны обонятельные, вкусовые и другие патологические телесные ощущения, значительно реже зрительные галлюцинации. Тип течения: Непрерывный, с нарастающим дефектом. Эпизодический со стабильным дефектом. Эпизодический ремитирующий.</p> <p>Гебефреническая (гебефренная) шизофрения. Клиника:</p> <p>Хихиканье. Неадекватный аффект. Grimасы. Манерность. Мышление дезорганизовано. Речь разорвана. Безответственность. Непредсказуемость поведения. Фрагментарность, нестойкость бреда и галлюцинаций. Длительность симптоматики не менее 2-3 мес.</p> <p>Кататоническая шизофрения. Клиника: психомоторное расстройство, которое может варьировать в крайних вариантах от возбуждения до ступора или субступора. Важным признаком может быть эпизоды агрессивного поведения. Тип течения: непрерывный, с нарастающим дефектом, эпизодически ремитирующий (рекуррентный). Кататоническая шизофрения включает люцидный вариант злокачественной непрерывнотекущей юношеской шизофрении, онейроидно-кататонические приступы в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении (фантастически иллюзорный онейроид), онейроидно-кататонические приступы в рамках рекуррентной шизофрении (классический грезоподобный)</p>	1
5.1.2.	Недифференцированная шизофрения. Клиника: не укладывается в клинику параноидной, гебефренической, кататонической шизофрении. Рубрика не используется для резидуальной шизофрении или постпсихотической депрессии. Используется для диагностики полиморфных кататано-галлюцинаторных и других полиморфных психотических состояний. Отечественная интерпретация:	1

	<p>ранняя параноидная юношеская злокачественная шизофрения. Клиника: синдром психического автоматизма, псевдогаллюцинации, эпизоды субступора или возбуждения</p> <p>Постшизофреническая депрессия. Не имеет аналогов в отечественной психиатрии. Этап динамики приступообразной шизофрении после перенесенного приступа.</p> <p>Остаточная шизофрения. Наличие в прошлом хотя бы одного отчетливого психотического состояния, отвечающего критериям шизофрении. Отчетливые негативные шизофренические симптомы на фоне минимальных или значительно редуцированных продуктивных расстройств (бред, галлюцинации). Отечественная интерпретация: конечное состояние, поздние неполные ремиссии с дефектом при непрерывнотекущей злокачественной юношеской шизофрении, непрерывнотекущей параноидной шизофрении; резидуальные состояния при приступообразно-прогредиентной шизофрении, в т.ч. по типу нажитой псевдопсихопатии</p> <p>Простой тип шизофрении. Прогрессирующее развитие странности в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение продуктивности, уплощение аффекта, утрата побуждений</p> <p>Отсутствие предшествующих отчетливых психотических симптомов.</p> <p>Отечественная интерпретация: простой вариант непрерывнотекущей злокачественной юношеской шизофрении.</p>	
5.2.	Хроническое бредовое расстройство.	2
5.2.1.	Бред является единственным симптомом заболевания с фабулой преследования, величия, кверулянства, ревности, дисморфомании, ипохондрической фабулой. Отсутствуют хронические слуховые галлюцинации, такие шизофренические симптомы как бред воздействия, выраженная эмоциональная сглаженность. Длительность не менее 3-х месяцев. Бред носит личностный. Депрессивные симптомы (до степени выраженного депрессивного эпизода) могут возникать периодически, но бред продолжается и вне периодов расстройств настроения. Отсутствуют признаки органической мозговой патологии, нет данных за патогномичную шизофреническую симптоматику.	1
5.2.2.	Клинические варианты. Хронический бредовой психоз. Хронический паранойяльный психоз с явлениями сверхценного бреда. Паранойя - стойкая, неизменного вида бредовая система без формирования шизофренического дефекта.	1
5.3.	Шизотипическое расстройство. Неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными, поведение или внешний вид – чудаковатые, эксцентричные или странные, плохой контакт с окружающими, тенденция к социальной отгороженности, странные убеждения или магическое мышление, влияющее на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами, подозрительность или параноидные идеи, навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическими, сексуальным или агрессивным содержанием, необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация, аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной,	2

	вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности, эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми и другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации. Отечественная интерпретация: малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения. Клинические варианты. Обсессивно-фобический. Ипохондрический (небредовая ипохондрия). Деперсонализационный. Истерический. Простой.	
5.4.	Шизоаффективное расстройство. Одновременное или последовательное в течение одного приступа наличие выраженных как аффективных (маниакальных, депрессивных, смешанных или биполярных) расстройств, так и шизофренических симптомов из перечня «а-г» F20. Выделяются маниакальный, депрессивный и смешанный типы. Депрессивный тип имеет тенденцию к более длительному и менее благоприятному течению, чем маниакальный.	2
5.5.	Острые и транзиторные психотические расстройства	2
5.6.	Психофармакотерапия шизофрении и расстройств шизофренического спектра	2
6.	<p>Эпилепсия. Эпидемиология эпилепсии. Этиология и патогенез эпилепсии.</p> <p>Классификация эпилепсии. Психопатологические нарушения при эпилепсии. Припадки при эпилепсии. Простые парциальные припадки.</p> <p>Ауры. Определение, современное понятие. Виды аур, классификация. Особенности проявлений. Судорожные припадки, классификация. Большой судорожный припадок. Эпилептическое состояние (статус). Малые судорожные припадки, классификация. Особенности проявлений. Абсансы, современное понятие, виды. Сумеречное помрачение сознания, его виды.</p> <p>Особые состояния. Изменения личности при эпилепсии. Психозы при эпилепсии. Острые психозы. Хронические психозы. Особые формы эпилепсии. Височная эпилепсия. Дизэнцефальная эпилепсия. Рефлекторная эпилепсия. Олигоэпилепсия. Латентная эпилепсия. Поздняя эпилепсия. Скрытая эпилепсия. Лечение эпилепсии. Классификация противосудорожных препаратов на основе их химического строения и механизма действия. Лечение эпилепсии с судорожными пароксизмами. Принципы лечения. Лечение эпилептического статуса. Лечение острых, протрагированных и хронических эпилептических психозов</p>	6
7.	Органические, в том числе дегенеративно-церебральные, сосудистые, посттравматические и инфекционные, психические расстройства	22
7.1.	Деменция. Болезнь Альцгеймера, Пика, Гентингтона, Паркинсона. Сосудистая деменция.	8
7.2.	Органический амнестический синдром.	4
7.3.	Органический галлюциноз, кататоническое расстройство, шизофреноподобное расстройство.	4
7.4.	Органические аффективные расстройства (депрессия, тревога).	1
7.5.	Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство.	1

7.6.	Органическое расстройство личности	4
8.	Невротические (пограничные) психические нарушения	6
8.1.	Тревожно-фобические расстройства. Группа расстройств, в которых тревога вызывается или исключительно или определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. Включает: агорафобию, социальные фобии, специфические (изолированные) фобии.	0,5
8.2.	Другие тревожные расстройства: паническое расстройство (развернутый и симптоматически бедный) варианты, генерализованное тревожное расстройство (когнитивный, вегетативный и психические компоненты).	0,5
8.3.	Обсессивно- компульсивные расстройства. Варианты: преимущественно навязчивые мысли или размышления и преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы). Кроме того, могут иметь место смешанные обсессивные мысли и действия.	1
8.4.	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации подразделяется: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации.	1
8.5.	Диссоциативные (конверсионные) расстройства подразделяются на: диссоциативную амнезию, фугу, ступор, трансы, расстройство движений и ощущений, расстройство моторики, анестезию и утрату чувственного восприятия.	1
8.6.	Соматоформные расстройства	2
8.6.1.	История выделения в зарубежных диагностических классификациях.	0,5
8.6.2.	Клинические варианты. Соматизированное расстройство. Акцент делается на самих симптомах. Просьбы о лечении с тем, чтобы облегчить (удалить) имеющиеся симптомы. Избыточное употребление лекарственных препаратов. Ипохондрическое расстройство. Внимание больше направлено на наличие предполагаемого прогрессирующего и серьезного заболевания и возможных его инвалидизирующих последствий. Просьбы об обследовании в целях подтверждения предполагаемой болезни. Стремление избежать приема лекарств, их побочных эффектов. Соматоформная вегетативная дисфункция. Складывается из проявлений вегетативной тревоги и идиосинкратических субъективных проявлений в виде жалоб с характером сенестоалгий и сенестопатий. Хроническое болевое соматоформное расстройство. основная жалоба на стойкий хронический болевой синдром, к примеру, в области позвоночника (дорсалгия), грудной клетке (психогенная кардиалгия), при отсутствии существенной соматической или неврологической патологии.	0,5
8.6.3.	Неврастения. Преимущественно повышенная утомляемость при умственной работе либо физическая слабость, истощаемость после минимальных усилий. Сопровождается озабоченностью по поводу умственного и физического неблагополучия, раздражительностью, агедонией, в незначительной степени подавленностью и тревогой.	0,5
8.6.4.	Деперсонализационно-дереализационный синдром. Ощущение измененной психической активности с акцентом на соматической сфере, чувстве активности	0,5

	собственного Я либо измененным восприятием окружающей обстановки.	
9.	Расстройства личности (РЛ).	6
9.1.	Диссоциальное РЛ. Неспособность следовать конвенциональным правилам поведения. Отсутствие социальных эмоций, чувства симпатии к окружающим, привязанности даже к близким родственникам (иногда, даже ненависть к ним). Неспособность к систематическому труду, лень. Неспособность извлечь уроки из негативного опыта. Склонность к злоупотреблению алкоголем, наркотиками. Склонность к кражам и грабёжам. Склонность к жестоким действиям по отношению к животным. Сексуальная агрессивность	1
9.2.	Пограничные расстройства личности.	1
9.2.1.	Эмоционально-неустойчивое РЛ. Категоричность, альтернативность оценки окружающего («черное-белое», «хорошее, нехорошее»). Изменчивость представлений о себе и окружающей действительности. Непостоянство жизненных целей, установок и планов. Стремление занять крайние позиции в своих контактах Поверхностность, натянутость интерперсональных контактов либо большая интимность. Быстрая смена увлечений с резкими поворотами судьбы. Легкость попадания в зависимость от других с чрезмерной подчиняемостью и обожанием может смениться бунтом независимостью и ненавистью. Легкость принятия сиюминутных увлечений. Свойственны мистицизм, вера в магию, разного рода приметы, чудеса. Неспособность противостоять мнению окружающих, дурным влияниям (употребление ПАВ, участие в криминальных аферах). Склонность к суицидальному поведению в 75%.	0,5
9.2.2.	Импульсивный вариант эмоционально-неустойчивого РЛ. Неспособность оценить собственную роль в содержании конфликта. Крайняя нетерпеливость, отсутствие способности выслушать возражения, несогласие с чужим мнением. Убежденность в своей особой роли, значимости, наличие у себя способности, одаренности. Конфликтные отношения с окружающими объясняются завистью, ревностью к их успехам и талантам. Самоцель – «перекричать несогласного с ними вместо логических аргументов в споре».	0,5
9.3.	Уклоняющееся РЛ	1
9.3.1.	Тревожное РЛ. Робость, нерешительность, пугливость, окружающее воспринимается как источник угрозы. Постоянная озабоченность тем, как бы кого не обидеть, не обеспокоить. «Тревога вперед» в отношении возможных, хотя и маловероятных событий. Трудность принятия самостоятельного решения и нерешительность в практической жизни. Щепетильность, совестливость, сочувствие к окружающим, склонность к состраданию, готовность помочь тем, кто оказался в беде. Развитое чувство долга, трудолюбие, стремление предусмотреть каждую деталь в выполнении своих профессиональных обязанностей. Заниженная самооценка, чувство своей малоценности, личной непривлекательности, социальной неприспособленности, потребность выполнять намеченное как можно скорее и лучше. В экстремальной ситуации возможны совершенно неожиданные и несвойственные ранее проявления отваги.	0,5
9.3.2.	Уклоняющееся РЛ. Стремление перекладывать на других большинство важных решений в своей жизни (учеба, выбор профессии, семейный обязанности).	0,5

	Излишняя податливость, подчиняемость чужим требованиям. Необходимость постоянного одобрения, опеки, заботы, подбадривания со стороны. Необычная для взрослого человека симбиотическая привязанность к родителям, особенно к матери (контингент холостяков, старых дев). Ограничение контактов, робость, чувство зависимости от других препятствуют служебному росту и профессиональным достижениям.	
9.4.	Истерическое РЛ. Постоянная потребность быть интересным для окружающих, производить на них впечатление. Утрированная жестикуляция, напыщенная вычурная речь. В интимных отношениях чрезмерная напряженность любовных чувств с отклонением от телесных коррелятов. Взлет чувств быстро разлетается как дым. Повышенная внушаемость и самовнушаемость: принимается только то, что позволяет находиться в центре внимания. Ощущение неуспеха от своего поведения (выбранной роли) не бывает длительным и сменяется попытками «найти себя» в другом. Быстрое разочарование в друзьях, их легкая смена. Несогласные с их мнением, образом жизни превращаются во врагов. Отсутствие стойких привязанностей: легкая смена любви и восхищения сменяется презрением и ненавистью. Своеобразная противоречивость чувств: показная доброта, мягкость, участливость в сочетании с внутренним безразличием и холодностью. Стремление подчеркнуть свою одаренность при поверхностном уровне знаний. Преувеличение своего общественного положения и связи с высокопоставленными лицами. Склонность к обещаниям, в основе которых лежит богатая фантазия. Экцентричность в одежде. Необычные поступки, противоречащие общепринятым взглядам	1
9.5.	Аффективное РЛ	2
9.5.1.	Депрессивное РЛ. Пессимизм. Уныние. Безрадостность. Убежденность в собственной беспомощности, малоценности. Чувство вины, угрызение совести. Чрезмерная серьезность. Отсутствие чувства юмора. Фиксация на отрицательных сторонах жизни. Склонность к тревоге и беспокойству. Мрачность, подавленность Отсутствие чувства удовольствия	0,5
9.5.2.	Гипертимное (гипертимическое, экспансивное) РЛ. Профессиональная деятельность с высокими достижениями/стандартами. Настроение приподнятое, ощущение успеха и благополучия. Оптимизм не всегда связан с конкретной жизненной ситуацией. Положительная оценка будущего – «все будет хорошо». Поведение в пределах социальных норма, редкость импульсивных и социальных поступков Непродолжительный крепкий сон восстанавливает высокую работоспособность Инициаторы семейных праздников, туристических поездок и других. развлекательных мероприятий. Подвижны, легки на подъем. Предпочитают оперативную работу кабинетному стилю руководства. Легкость установления контактов с малознакомыми людьми. Несвойственны: излишние условности, правила этикета, служебная субординация в общении с окружающими В сфере профессиональной деятельности достаточно прямолинейны, могут вспылить, отстаивая свои позиции. Рационально рассматривают варианты преодоления возникших трудностей. Неконфликтны – утверждают, что им «повезло» с начальством либо с подчиненными. В профессиональном маршруте им не свойственны «зигзаги», провалы. Они пополняют когорту руководителей	0,5

	производства, успешных администраторов, среди них есть ученые, артисты.	
9.5.3.	Циклоидное РЛ. Периоды исключительной бодрости, активности, высокой продуктивности (взятие на себя дополнительных обязанностей по работе, общественной жизни). Уверенный оптимизм, уступает место мрачному, пораженческому подходу к жизни. Энергия снижается. Деятельность ощущается как бремя. Возврат либо к нормальному настроению, либо вновь к состоянию умеренного подъема	0,5
9.5.4.	<p>Шизоидное РЛ. Необщительность, сдержанность, отсутствие синтонности, общение с окружающими сопряжено с чувством неловкости, напряжения. Активное избегание встреч с малознакомыми людьми. Избирательная общительность, ограниченная кругом родных или коллег. Сосредоточение привязанности на одном, двух близких людей. Обширный круг знакомства, легкость налаживания контакта по рациональным мотивам. Контакты сугубо формальные без тесных связей с окружающими. Трудность/невозможность налаживания неформальных контактов из-за недостаточности сопереживания и интуиции. Отсутствует внутренняя потребность в общении («социальная агедония»). Свободное время занято чтением, работой в саду, одинокими прогулками, созерцанием природы, рыбной ловлей и другими аутистическими занятиями. Варианты моторики: Гиперкинетическая активность, напоминающая стереотипии. Медлительность и вялость. Высокоразвитые мануальные навыки (пианисты, скрипачи, мастера ручного труда)</p> <p>В целом моторика: неестественна, угловата, неуклюжа. Мимика лишена живости, голос маломодулирован. Социальная ценность. Все помысли и энергия в достижении далеких от реальности целей (мечтатели-утописты, схоластики, кабинетные ученые). Энергия и упорство в реализации «революционных» преобразований общества (идеалисты, фанатики, деспоты). Гиперспособные с высокой креативностью (математики, коллекционеры, деятели искусств с абстрактной направленностью творчества)</p>	0,5
9.5.4.1.	Сенситивный шизоид. Болезненная чувствительность. Длительные переживания, даже мелкой обиды, незначительной резкости в свой адрес. Узкий круг привязанностей с настороженностью к остальному окружению. Болезненная самолюбивость. Добросовестность и обстоятельность в работе, узкий круг обязанностей в семье.	0,25
9.5.4.2.	<p>Экспансивный шизоид. Решительные волевые натуры, не склонные к колебаниям. Мало считаются с мнением других. Варианты: Утонченно холодные аристократы</p> <p>Холодные деспоты. Вспыльчиво-тупые. Высокомерие, холодность, желчность, неспособность к сопереживанию, иногда бессердечие и, даже, жестокость могут сочетаться с уязвимостью, неудовлетворенностью и неуверенностью в себе</p> <p>Сухость и формальность в отношениях с окружающими, сочетание строгой принципиальности с безразличием к судьбе отдельных людей</p>	0,25
10.	Умственная отсталость. Легкая. Умеренная. Тяжелая. Глубокая.	6
11.	Алкоголизм	6
11.1.	Субпопуляция больных алкоголизмом.	0,5

11.2.	<p>Патологическое влечение к алкоголю. Основные компоненты.</p> <p>Идеаторный компонент. Защита «права» употребления алкоголя. Убежденность в необходимости употребления алкоголя. Отрицание или приуменьшение собственного пьянства с игнорированием очевидных фактов</p> <p>Поиск компромиссов по вопросам пьянства и трезвости (сомнения, колебания). Размышления о неизбежности пьянства, пассивное и покорное отношение к нему, горькое сознание своей неспособности противостоять тяги к спиртному.</p> <p>Поведенческий компонент. Смакование алкогольной тематики в беседах.</p> <p>Стремление уклониться от лечения. Оппозиционность к лицам, навязывающим трезвость. «Эксперименты» с алкоголем. Показной пафос в осуждении пьянства. «Алкогольные» сновидения.</p> <p>Эмоциональный. Настроение дисфорическое, колеблется от недовольства, угрюмости до взрывчатости и агрессивности. Настроение ближе к депрессивному (хмурость, необщительность, бездеятельность, неряшливость, скука, безразличие к окружающему, жалобы на однообразие жизни). Отличия от очерченного эндогенного депрессивного расстройства:</p> <p>Отсутствие заторможенности и суточность колебаний. Сохранность аппетита и функций кишечника. Экстрапунитивные тенденции (склонность винить во всем окружающих, судьбу, Правительство, но не себя). Тревога: мрачное предчувствие, пугающая неопределенность будущего, напряженное ожидание надвигающегося «срыва» (беспокойство, назойливость, капризность, расстройство сна). Эмоциональная лабильность: Обидчивость, слезливость, чувство жалости к себе. Учащенное сердцебиение в ответ на разговоры об алкогольных проблемах. Различные тягостные ощущения вегетативного характера (чаще у женщин)</p> <p>Вегетативный. Конкретное упоминание или разговор о спиртных напитках вызывает: Заметное оживление мимических реакций, блеск глаз. Покраснение или побледнение лица, соливацию, глотательные движения, облизывание губ. Вариационная пульсометрия подтверждает наличие вегетативных расстройств.</p> <p>Сенсорный</p> <p>Высокая интенсивность в течение характеризуется ощущениями: «Зубы сводит», «Сосет под ложечкой», «Спазмы во рту», «Раздирает», «Сердце трепещет»</p>	0,5
11.3.	<p>Алкогольные абстинентный и постабстинентный синдромы. Проявления.</p> <p>Неспецифические. Головная боль, головокружение, повышение АД, боли в сердце. Жажда, обложенный язык, тошнота, метеоризм, жидкий стул</p> <p>Специфические.</p> <p>Вторичное патологическое влечение к алкоголю: Сильное желание выпить (опохмелиться). Внутренняя напряженность. Раздражительность. Дисфория. Подавленность. Двигательное беспокойство</p> <p>Относительно специфические</p> <p>Расстройство сна (прерывистый, тревожный, устрашающие сновидения)</p> <p>Идеи отношения и виновности. Вздрагивания. Гиперакузия. Отдельные</p>	0,5

	зрительные и слуховые обманы. Гипнагогические галлюцинации. Крупный тремор всего тела или рук, век, языка. Нистагм. Потливость, тахикардия. Эпилептические припадки	
11.4.	<p>Ремиссии в клинике алкоголизма</p> <p>Этапы формирования ремиссии.</p> <p>Первый период: период накопления иллюзий и заблуждений в отношении трезвости и своих ресурсов («медовый месяц»)</p> <p>Второй период: расстройство адаптации (частота 75%):</p> <p>основные проявления: субдепрессия, нарушение поведения, синдром эмоционального сгорания (гипопатия)</p> <p>дополнительные: астения, значительно реже навязчивости, кроме ПАВ, сексуальные проблемы</p> <p>Отсутствие расстройств адаптации</p> <p>Основные факторы рецидива.</p> <p>Длительность контролируемого пьянства в стадии ремиссии</p> <p>Отсутствие сроков контролируемого пьянства (0 срока)</p> <p>До 2-х недель</p> <p>До 3-х недель</p> <p>От 1 до 3 месяцев</p> <p>Критическая доза алкоголя («срыв») в стадии ремиссии, приводящая к рецидиву пьянства</p> <p>25 мл крепкого алкоголя, 50 мл крепкого алкоголя, 100 мл крепкого алкоголя</p> <p>300 мл крепкого алкоголя.</p> <p>Основные этапы рецидива пьянства в стадии ремиссии: употребление алкоголя во время ремиссии без утраты контроля и похмельного синдрома – «срыв»; возобновление злоупотребления алкоголем в форме многодневного пьянства с вынужденным похмельем – «рецидив»</p> <p>Длительность ремиссии.</p> <p>Наиболее короткая ремиссия у больных с наличием дисфорических расстройств (до 2-х мес.)</p> <p>Внезапное возникновение патологического влечения</p> <p>Любой стресс способен провоцировать патологическое влечение</p> <p>Основные сдерживающие факторы «срыва» - употребление алкоголя:</p> <p>«Опасение осложнений от проведения опосредованной терапии»</p>	0,5

	<p>Переключение внимания на эмоционально значимые обстоятельства</p> <p>Короткая ремиссия длительностью от 3 до 6 месяцев</p> <p>Однократный или повторный, случайный или преднамеренный прием алкоголя – компульсивное влечение к алкоголю – рецидив пьянства</p> <p>Ремиссия длительностью в течение года</p> <p>«Умеренное» употребление алкоголя в течение нескольких дней или недель - компульсивное влечение к алкоголю - рецидив пьянства</p> <p>Терапевтические ремиссии длительностью более года</p> <p>Проведение лечения завершается одним из методов опосредованной психотерапии («Торпедо», «Эспираль», «Пролонг», «Кодирование») с оговоренным сроком воздержания. Отношение пациента к заключительной процедуре определяет длительность ремиссии</p> <p>Ремиссия более 2-х лет</p> <p>Отсутствие компульсивного влечения при употреблении небольших доз алкоголя (50-100 мл)</p> <p>Уверенность возможного умеренного потребления алкоголя</p> <p>Нарастание частоты приема и увеличения дозы алкоголя до степени выраженного алкогольного опьянения с целью достижения эйфории</p> <p>Актуализация вторичного влечения</p> <p>Рецидив пьянства</p>	
11.5.	<p>Алкогольные психозы.</p> <p>Алкогольный делирий. Редуцированный. Классический. Смешанный (атипичный). Тяжелый. Особые формы делирия.</p> <p>Острый алкогольный галлюциноз. Abortивный (короткоотекущий) вариант, классический, смешанный, атипичный.</p> <p>Алкогольный бред ревности, алкогольные энцефалопатии.</p>	2
11.6.	<p>Лечение алкоголизма и алкогольных психозов.</p> <p>Первичное патологическое влечение к алкоголю</p> <p>Наиболее эффективными оказались: перфеназин, трифлуоперазин.</p> <p>Частые обострения влечения, несоблюдение лечебного режима применяют препараты-пролонги: модитен-депо.</p> <p>Не потеряли своей значимости: галоперидол, левомепромазин.</p> <p>На современном этапе предпочтение отдают атипичным антипсихотикам: рисперидон, кветиапин.</p> <p>При обострении патологического влечения (в том числе наркотического)</p>	1

Нейролептики. Хлорпромазин. Галоперидол. Тиапридал. Перициазин. Трифлуоперазин. Сульпирид. Тиоридазин. Рисперидон. Кветиапин. Клопиксол депо. Галоперидол деканоат.

Антидепрессанты

При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна в структуре АС предпочтение отдают СИОЗС (сертралин, циталапрам, феварин), СИОЗСН (венлафаксин).

Антидепрессанты (амитриптилин, анафранил, лудиомил, мелипрамин) с наличием холинолитического действия не рекомендуются при АС.

Предпочтительны следующие препараты: миансерин, феварин, ремерон, стимулотон.

Купирование патологического влечения к алкоголю. Использование: серотонинергических (феварин, стимулотон, ремерон, тритикко) антидепрессантов; трициклические (амитриптилин, анафранил); тетрациклические (ремерон, леривон), сложный бициклический антидепрессант тритикко; серотонинергические антидепрессанты: феварин, рексетин, стимулотон, циталопрам, эсциталопрам.

Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно (амитриптилин, анафранил, мелипрамин), затем следует переходить на приём внутрь.

Транквилизаторы: Диазепам; Феназепам или феназепам; Лоразепам; Оксазепам;

Гипнотики: зопиклон; золпидем; реладорм.

Фенобарбитал. Назначается в составе комплексной терапии в течение дня в целях снижения интенсивности абстинентных расстройств.

β-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ

пропранолол, атенолол, метопролол и надолол.

Монотерапию β-адреноблокаторами проводят сравнительно редко, чаще всего распространена практика назначения их в сочетании с транквилизаторами.

Назначение β-адреноблокаторов позволяет снизить дозу бензодиазепинов

α-Адреноблокаторы также широко используют в лечении АС (не только алкогольного, но и других видов ПАВ, в частности, опиатного, смешанного).

Наиболее часто используемый препарат — пиророксан.

Витамины и ионсодержащие препараты в терапии ААС

Использование магния сульфата.

Магне-В6 содержит терапевтические дозы магния в составе наиболее легко усваиваемых солей лактата и пидолата в комплексе с пиридоксином (витамином В6), обладает вегето-стабилизирующим эффектом, влияет на неврологическую симптоматику в рамках алкогольного АС и при периферической полинейропатии.

Витамины в лечении ААС

	Обязательное применение витаминов группы В, С, РР Растворы тиамин хлорида, пиридоксина гидрохлорида, никотиновой кислоты, аскорбиновой кислоты. Парентерально витамины	
12.	Наркомании и токсикомании.	6
12.1.	Наркомании. Понятие «наркомании». Основные синдромы наркотической зависимости и их формирование	2
12.2.	Виды наркоманий. Кодеин-ноксироновая полинаркомания. Злоупотребление другими психостимуляторами. Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей (ингалянтов). Злоупотребление транквилизаторами. Полинаркомании, осложненные наркомании. Опионо-эфедриновая полинаркомания. Опионо-барбитуровая полинаркомания. Злоупотребление холинолитиками. Злоупотребление седативно-снотворными средствами. Экстази. Опиононаркомания (наркомания морфияного типа). Наркомания препаратами конопли. Наркомании (психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). Наркомании (основные синдромы наркотической зависимости и их формирование). Наркомании, вызванные кустарно приготовленными препаратами из эфедрина и эфедринсодержащих смесей. Кокаиновая наркомания. Злоупотребление холинолитиками. Злоупотребление кофеином.	4
13.	Лечение психических и поведенческих расстройств	16
13.1.	Психофармакотерапия. Основные различия в эффективности традиционных и атипичных нейролептиков в терапии шизофрении. Традиционные нейролептики Малое влияние на негативную симптоматику Неэффективность у больных с наличием депрессивной симптоматики в структуре приступа (обострения) Индукция депрессивной симптоматики (постпсихотическая депрессия) Затруднение назначения адекватных доз из-за побочных эффектов Возможность отказа от проводимой терапии из-за побочного эффекта Атипичные антипсихотики Существенное влияние на редукцию негативной симптоматики Эффективность терапии при наличии депрессивной симптоматики в структуре галлюцинозно-параноидного синдрома Редкость возникновения постпсихотической депрессии Возможность подбора оптимальной терапевтической дозы Нет отказов от проводимой терапии из-за отсутствия побочного эффекта Фармакотерапия депрессии. Спектр терапевтической активности антидепрессанта: Тимоаналептическое, анксиолитическое, седативное, вегетостабилизирующее, гипнотическое, психостимулирующее, антифобическое, холинолитическое	6
	Классификация антидепрессантов (по поколениям)	
	I-е поколение	
	Ингибиторы МАО (ИМАО)* <i>ниаламид, фенелзин</i>	Трициклические (ТЦА) <i>имипрамин, амитриптилин, кломипрамин, доксепин</i>

		II-е и последующие поколения					
		Селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (СБОЗН) <i>мапротилин</i> <i>миансерин</i>	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) <i>флуоксетин</i> <i>сертралин</i> <i>циталопрам</i> <i>пароксетин</i> <i>флувоксамин</i> <i>эсциталопрам</i>	Обратимые ингибиторы MAO-A (ОИМАО-A) <i>мокlobемид</i> <i>пиразидол</i>	Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС) <i>тианептин</i>	Норадренергические селективные серотонинергические антидепрессанты (НССА) <i>миртазапин</i>	
				Ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (СИОЗН и С) <i>милнаципран</i> <i>венлафаксин</i> <i>дулоксетин</i>			
13.2.	Инсулиноterapia.						3
13.3.	Электросудорожная терапия (ЭСТ)						3
13.4.	Психотерапия						4

ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. Современные методы психофармакотерапии шизофрении
2. Дифференциальный диагноз аффективных расстройств (депрессия, биполярные расстройства, смешанные аффективные расстройства) в рамках аффективного психоза (МДП в отечественной интерпретации) и неманифестной шизофрении
3. Немедикаментозные методы терапии в клинике депрессивных расстройств
4. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией
Коморбидность шизофрении (вялотекущая, параноидная с непрерывным и приступообразным типом течения) с алкоголизмом
5. Применение современных психотерапевтических методик на стационарном и амбулаторном этапах терапии пограничных состояний
6. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией
7. Преодоление резистентности при лечении шизофрении
8. Преодоление резистентности при лечении депрессивных состояний
9. Современная систематика расстройств личности
10. Осложнения нейролептической терапии
11. Современное состояние проблемы соматоформных расстройств
12. Посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к диагностике и терапии
13. Поздний нейросифилис: современное состояние проблемы
14. Острые психозы в клинике алкоголизма (делирий, галлюциноз, параноид)
15. Показания к проведению электросудорожной терапии
16. Больные с первым психотическим эпизодом (психофармакотерапия,

психосоциальная реабилитация)

17.Суицидальное поведение в клинике эндогенных психозов, алкоголизма и пограничных состояний.

ИТОГОВЫЙ КОНТРОЛЬ

По окончании курса предусмотрен зачет. После получения зачета сдается экзамен кандидатского минимума по дисциплине.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Альтшуллер В.Б. Алкоголизм. М., 2010.- 264 с.
2. Бобров А.С. Шизофрения. Избранные вопросы клиники и терапии/ А.С. Бобров; Иркут. гос. ин-т усоверш. врачей. - Иркутск, 2009. - 228с.
3. Бобров А.С. Эндогенная депрессия: монография. 2-е изд., доп. и перераб.: Иркутск: Изд-во «Папирус», 2010. 370 с.
4. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Изд.Томского ун-та.- 2009.- 510с.
5. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Алкогольное бремя соматического стационара. Томск, 2010.- 160 с.
6. Григорьева Е.А., Хохлов Л.К., Дьяконова А.Л. Психопатология: симптомы и синдромы. Ярославль, 2007.
7. Данилов Д.С., Тюльпин Ю.Г. Лечение шизофрении., М., 2010. - 276с.
8. Жмуров В.А. Клиническая психиатрия. – Медпресс-инфо, 2010.- 1272с.
9. Избранные труды кафедры психиатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей, посвященные 25-летию со дня организации/ Ред. А.С.Бобров; Иркут. гос. ин-т усоверш. врачей (Иркутск). - Иркутск, 2007. - 318 с.
10. Клинические рекомендации. Психиатрия/ Ред. Н.Г. Незнанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.
11. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011.- 432с.
12. Марилев В.В. Общая психопатология. 3-е изд. стереотип.- М., 2008.- 224с.
13. Национальное руководство. Наркология/ Ред. Н.Н. Иванец, Ред. И.П. Анохина, Ред. М.А. Винникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с. - (Национальные руководства).
14. Национальное руководство. Психиатрия/ Ред. Т.Б. Дмитриева, Ред. В.Н. Краснов, Ред. Н.Г. Незнанов, Ред. В.Я. Семке, Ред. А.С. Тиганов, Отв. ред. Ю.А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1000 с. - (Национальные руководства).
15. Симуткин Г.Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. Изд. Томск.ун-та.- 2010.- 416с.
16. Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций.- М., 2008.-128с.
17. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. изд.2., испр. и доп.- М., 2009.- 216с.
18. Шенина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Чуманенко А.А. Психопатологический диатез. Предвестники психических заболеваний. СПб., 2008.- 128с.

Дополнительная литература

19. Бобров А.С., Ковалева А.В., Петрунько О.В. Анксиолитический или тималептический эффект антидепрессанта: гармоничная, либо ступенчатообразная редукция симптоматики. Клинические предикторы. Информ. письмо. Москва, 2005, - 17с.

20. Бобров А.С., Петрунько О.В., Ковалева А.В. Рексетин: клинические предикторы положительного терапевтического ответа на краткосрочную терапию депрессивного расстройства. Информационное письмо. Иркутск, 2005- 32 с.
21. Бобров А.С., Линчук А.Д., Петрунько О.В., Михалевич И.М., Ворсина О.П., Павлова О.Н., Елисеева Т.А., Иванова Л.А. Сероквель (кветиапин) в терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Пособие для врачей. Иркутск, 2005 - 38 с.
22. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Депрессия с патологическими телесными ощущениями в клинике аффективного психоза, Иркутск: РИО ИГИУВа, 2008, с.68.
23. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Монополярная депрессия в рамках аффективного психоза: пособие для врачей. - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010.-59с.
24. Бобров А.С., Петрунько О.В., Хамарханова А.А., Швецова А.В. Вальдоксан в терапии умеренной и тяжелой депрессии: метод. рекоменд. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 24.
25. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А., Магонова Е.Г. . Депрессия, связанная со стрессом в амбулаторной психиатрической практике (содержание стресс-фактора, типология депрессии, терапия): Пособие для врачей – Иркутск: РИО ИГИУВа. 81с.
26. Бобров А.С., Павлова О.Н., Рожкова Н.Ю. Приступообразная шизофрения с аффективной, фобической, обсессивно-компульсивной и соматоформной симптоматикой: пособие для врачей.- Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011.- 56 с.
27. Ворсина О.П. Этнокультуральные аспекты суицидального поведения населения Усть-Ордынского бурятского округа: метод.рекомендации. - Иркутск: РИО ИГМАПО. - 2011. – 20 с.
28. Иванова Л.А., Бобров А.С. Депрессия с патологическими телесными ощущениями в клинике непсихотических форм аффективного психоза. Иркутск, 20с.
29. Иванова Л.А., Бобров А.С., Швецова А.В. Ладастен в терапии соматогенной астении и расстройств адаптации: метод.рекоменд. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 32с.
30. Иванова Л.А. Деменция. Клиническая диагностика, терапия: пособие для врачей.- Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. - 44 с.
31. Колягин В.В. «Этиология, классификации и лечение эпилепсии». Пособие для врачей – Иркутск: РИО ИГИУВа. 2009. 48с.
32. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: пособие для врачей. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 63с.
33. Петрунько О.В. Депрессия с генерализованным алгическим синдромом (соматизированная депрессия). Иркутск. 24с.
34. Петрунько О.В. Современная антидепрессивная терапия: пособие для врачей/ Иркут. гос. ин-т усовершенств. врачей. - Иркутск, 2010. - 67 с.
35. Петрунько О.В. Сочетанные проявления депрессии и генерализованного тревожного расстройства (клиника, прогностическое значение, терапия): пособие для врачей.- Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011.- 32 с.
36. Сенько Е.В. Приступообразно-прогредиентная шизофрения с многолетним додиагностическим этапом (клинико-социальные особенности). Пособие для врачей – Иркутск: РИО ИГИУВа. 2009. 32с.